Nr. 4. 22. stycznia 1928. Rok VII.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

PRACE ORYGINALNE.

Dr. Wiktor DEGA, asystent kliniki. Poznań.

O bezprzyrządowem leczeniu wiotkich porażeń kończyn dolnych.

Z Kliniki Ortopedycznej Uniwersytetu Poznańskiego i Poznańskiego Zakładu Ortopedycznego im. B. S. Gąsiorowskich.
(Dyrektor: Prof. Dr. W i e r z e j e w s k i):

Dążeniem nowoczesnej ortopedji jest jaknajwiększe ograniczenie w posługiwaniu się przyrządami ortopedycznemi w leczeniu różnych ułomności.

Liczne metody operacyjne starają się rozwiązać zadanie to w mniej lub więcej szczęśliwy sposób.

Jeśli chodzi o leczenie wiotkich porażeń kończyn dolnych jako stanu zejściowego najczęściej po ostrem zapaleniu rogów przednich rdzenia kręgowego *(poliomyelitis acuta anterior s. morbus Heine-Medin),* nie można bynajmniej poskarżyć się na brak pomysłów leczniczych, o czem świadczy wielka ich liczba.

Niewątpliwą zasługą Puttiego z Bolonji jest, że wprowadził pewien ład w zagadnienie to, wykreślając w swej pracy nad statystyką porażonych kończyn dolnych ścisłe wytyczne dla leczenia tych porażeń.

Putti spotkał się z zarzutem szczególnie u starych ortopedów, że wywody jego nie stanowią nic nowego. Wielu z nich bowiem stosowało już dawno przed pojawieniem się pracy jego sztuczne przeprowadzenie kolana porażonego w stan nadmiernego wyprostowania, jak tego P. wymaga. (Volkmann, Lorenz, Reiner, Hoffa, Froelich i t. d.).

Istotnie Putti nie wniósł nic nowego, jeśli rozważać się będzie upośledzenie czynnościowe dla każdego stawu z osobna. Jednakże ujął on zagadnienie jako całość, rozważania przeprowadził nad całą kończyną jako całością statyczną, a uczynił tak ściśle, jasno i dobitnie, że w krótkim czasie idea jego rozniosła się po całym świecie, szczególniej na zachodzie, o czem świadczy między innemi życzliwa opinja ortopedów francuskich, wyrażona na ostatnim zjeździe w Paryżu (1926 r.).

Pierwsze ogłoszenie Puttiego pojawiło się w r. 1922 łącznie z jego sposobem zaryglowania stawu skokowego górnego od strony przedniej.

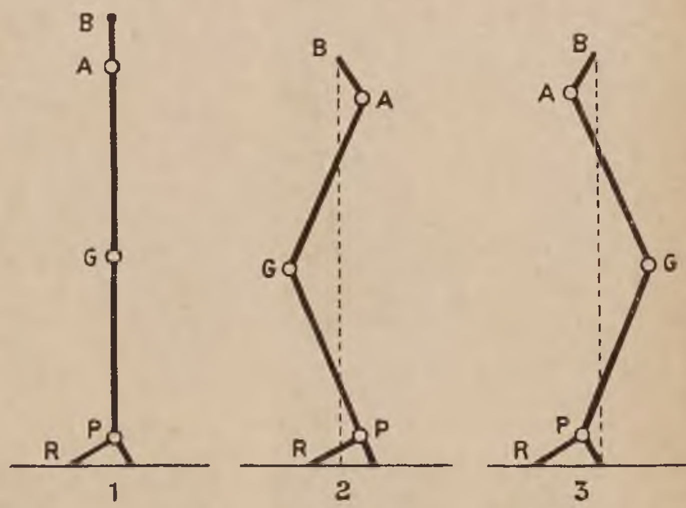
Ze względu na doniosłość rozważań tych pozwolę sobie przytoczyć je w streszczeniu:

Kończyna dolna przedstawia z punktu widzenia mechaniki układ wieloodcinkowy, stojący pod wpływem działania ciężaru ciała. Układ ten, pozbawiony prawidłowego działania sił mięśniowych — jak to zachodzi n. p. w przypadkach całkowitego porażenia wiotkiego — podlega pewnym prawom statycznym, które przedstawiają się następująco:

Przypuściwszy, że stopa jest ustalona względem podstawy a reszta stawów jest swobodna, wówczas układ poddany działaniu ciężaru tułowia, może — teoretycznie biorąc — utrzymać się w równowadze tylko wtedy, jeśli linja działania ciężkości pójdzie dokładnie poprzez punkty A G P (ryc. $1,_1$). Jeśli zatem ciężar tułowia odchyli linję tę tak, że pójdzie ona w innym kierunku, układ nasz zapadnie się, a poszczególne odcinki jego przemieszczą się w sposób zależny od kierunku działania siły przemieszczającej.

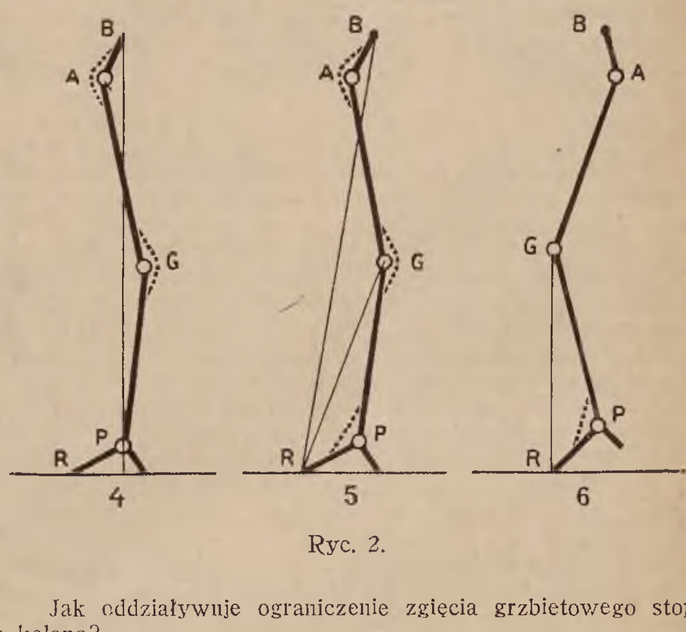
Przypuśćmy więc, że ciężar ciała będzie dążył do zamknięcia kątów otwartych ku linji ciężkości t. j. że linja ciężkości pójdzie przed stawem biodrowym i za stawem kolanowym, wówczas wyrazem działania ciężaru tułowia będzie zgięcie biodra i zgięcie kolana (ryc. $1,_2$). Nadwrót, jeśli linja ciężkości padać będzie poza stawem biodrowym i przed stawem kolanowym, ciężar ciała spowoduje ruch wyprostny biodra i kolana (ryc. $1,_3$). Tak się ma, gdy układ posiada nieograniczoną poruszalność w wszystkich stawach. Gdy jednak zaopatrzymy układ ten w przyrządy ograniczające swobodę ruchów w pewnych kierunkach i rozmieścimy je w sposób podobny, jak to uczyniła natura u stawu biodrowego (więzadło Bertiniego) i u kolanowego (tylna torebka stawowa), wówczas w przypadku przedstawionym w schemacie $1,_2$ nie zmieni się nic, natomiast w przypadku schematu $1,_3$ zapobiegać one będą nadmiernemu wyginaniu się biodra i kolana w sensie wyprostowania i tem samem stworzą pewien układ sztywny. Linja B P przedstawia mechanicznie układ ten, łącząc krańcowe jego punkty i stanowiąc oś mechaniczną poszczególnych odcinków (ryc. $2,_4$).

Warunkiem, że układ, pozbawiony wpływu sił czynnych, nie zapadnie się pod działaniem ciężaru, jest ograniczenie ruchu grzbietowego unoszenia stopy.



Ryc. 1.
(ryc. 1 — 3 z pracy Puttiego 1922)

Odcinki G P i P R muszą stać się dźwignią sztywną, którą przedstawia oś mechaniczna G R. Wówczas linja B R przedstawia cały układ, który staje układem stałym tak długo, jak linja ciężkości pada poza punkt R.



Ryc. 2.

Jak oddziaływuje ograniczenie zgięcia grzbietowego stopy na kolano?

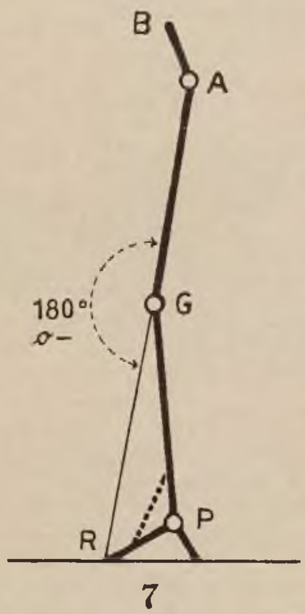
Jeśli wszystkie stawy są wolne, osie anatomiczne odcinków A G i G P przedstawiają kąt mechaniczny kolana. W przypadku ograniczenia zgięcia grzbietowego stopy, kąt mechaniczny przedstawiają linje A G i G R. W tych warunkach ciężar ciała będzie oddziaływał na kolano w kierunku kąta mechanicznego czyli w kierunku linji A G R. Jeśli kąt ten będzie otwarty ku tyłowi, ciężar ciała zegnie kolano (ryc. $2,_6$). Gdy natomiast kąt mechaniczny kolana równać się będzie 180° lub jeszcze lepiej, gdy będzie otwarty ku przodowi, działanie ciężaru spowoduje ruch wyprostny kolana.

Jak więc wynika z powyższego, ograniczenie unoszenia grzbietowego stopy stwarza dla kolana najlepsze warunki wytrzymania działania ciężaru ciała bez biernego zaginania się kolana.

Doświadczenie wykazało, że ustawienie stopy pod kątem 110° względem podudzia, najwięcej sprzyja dobremu ustaleniu porażonego kolana.

Rozważania teoretyczne potwierdzają istotnie spostrzeżenia kliniczne.

Mamy w świeżej pamięci chłopca czteroletniego, którego przyniesiono dnia 17. IX. 1926 do kliniki z całkowitem wiotkiem porażeniem dziecięcem obu kończyn dolnych oraz mięśni barku prawego , głównie mięśnia naramiennego. Porażenia cofnęły się, jak zwykle, w znacznym stopniu i dzisiaj po 14 miesiącach można stwierdzić następujący stan kończyn dolnych:



Ryc. 3.

Nieczynne pozostały na prawej kończynie: mięśnie czworogłowy uda, krawiecki, zginacz i prostownik długi palucha oraz piszczelowy przedni.

Na lewej kończynie nie działają: mięśnie czworogłowy uda, krawiecki, piszczelowy przedni, prostowniki długie i krótkie palucha i palców, zginacz długi palucha, oraz oba mięśnie strzałkowe.

Reszta mięśni kończyn i pasa biodrowego są czynne prawidłowo.

Porażenie kończyny górnej prawej ustąpiło całkowicie. Chłopiec ten może chodzić dziś bez pomocy, bez lasek i bez aparatów i to dzięki temu, że stopa ma ustawienie końskie (110°), a kolano i biodro znajdują się w stanie nadmiernego wyprostowania *(hyperextensio)*. Mechanizm chodu chłopca tego można prześledzić na podanym wycinku z filmu kinetycznego (ryc. 4.).

Chłopiec chodzi bez większego wysiłku. Nie opanował jeszcze dostatecznie nowych warunków statycznych i rękami pomaga sobie nieco w ustaleniu równowagi. Przez unoszenie rąk ku przodowi i przez zwiększenie wygięcia lędźwiowego kręgosłupa *(hyperlordosis)* chory zwiększa ciążenie tułowia ku przodowi, a tem samem zwiększa stopień wyprostowania biodra *hyperextensio)*, przez co tworzy sobie chód jeszcze pewniejszy.

Za każdym razem, gdy stawi stopę na podstawę i obciąży ją, ciężar ciała dąży do zmniejszenia kąta, który stopa tworzy z piszczelą. Dążeniu temu przeciwstawia się mięsień trójgłowy łydki. Przyczep jego dolny u kości piętowej staje się przyczepem ustalonym. Przyczep górny może wówczas ciągnąć kłykcie udowe ku tyłowi. Ciąg ten jest tem skuteczniejszy, gdy ścięgno mięśnia jest skrócone (końskostóp).

Podobnie ma się z zginaczami kolana. Biodro ustala przez swój stan nadmiernego wyprostowania przyczepy górne zginaczy kolana. Przyczepy dolne mają wówczas możność ciągnienia płaszczyzny kolanowej kości piszczelowej ku tyłowi podczas każdorazowego obciążania kończyny. Wyprostowanie biodra bowiem zwiększa się wówczas. Widzimy na filmie zwiększenie wygięcia lędźwiowego i unoszenie rąk chłopca. Działanie obu grup mięśniowych zginaczy kolana i mięśnia trójgłowego łydki ustala staw kolanowy. Momentem zaś niezmiernie sprzyjającym temu działaniu jest ustawienie kolana w hyperekstensji.

W przypadku naszego chłopca mięśnie te są zachowane. W razie ich porażenia rola przeciwstawienia się nadmiernej hyperekstensji stawów przypada wyłącznie więzadłom tylnym kolana oraz więzadłu Bertiniego u biodra.

Ustalenie stopy w ustawieniu końskiem Putti uskutecznia za pomocą zabiegu operacyjnego t. zw. zaryglowania z przodu stawu skokowego górnego *(arthrorisis anterior — ὁρίζειν = ograniczyć)*.

Zabieg ten polega na wszczepieniu beleczki kostnej w górną powierzchnię kości skokowej tak, że wystająca część beleczki uderza o przedni brzeg powierzchni stawowej piszczeli i uniemożliwia unoszenie grzbietowe stopy ponad pewien dowolnie obrany kąt, nadany stopie podczas zabiegu (110°).

Putti poleca wyjmować beleczkę z przedniej powierzchni kości piszczelowej tej samej kończyny. W razie zbytniej wiotkości stawu skokowego dolnego lub stawów Choparta usztywnienie stawów tych uzupełnia zabieg.

Wynik operacji Puttiego musi być dodatni z matematyczną prawie ścisłością, jeśli wypełni się wszystkie wymagane warunki. Oczywiście dotyczy to tylko kończyn, u których mięśnie pasa biodrowego są czynne, przynajmniej jeden z zginaczy uda i mięśnie pośladkowe małe. Łącznie z zaryglowaniem stawu skokowego sposobem opisanym można zastosować w miarę potrzeby przeszczepienia ścięgnowe, resekcje i osteotomje wyrównujące wadliwe ustawienie stopy i t. d.

W r. 1924 ogłosił Mezzari z Kliniki Puttiego wyniki późne operacji tej wykonanej w 23 przypadkach. Wyniki kliniczne przedstawiały się korzystnie. Były one naogół lepsze w przypadkach, w których stawy stępu nie były sztywne. Poruszalność w tych stawach łagodziła bowiem ostre uderzanie beleczki o brzeg piszczeli. Chód zachował pewną sprężystość.

W niektórych przypadkach (w 4 na 23) chorzy skarżyli się na bóle w okolicy przeszczepu. Byli to chorzy, u których wykonano obok operacji Puttiego usztywnienie stawów stępu. Autor przypuszcza, że siedzibą objawów podrażnienia była część wystająca przeszczepu, na której na skutek sztywności stawów stępu spoczywał ciężar całej kończyny. Radjogram wykazywał bardzo znaczny przerost przeszczepu.

Po r. 1924 Putti operował swoim sposobem jeszcze znaczną ilość przypadków.

Miałem możność oglądania wyników późnych w dwóch takich przypadkach operowanych przez Puttiego. Zbieg okoliczności



Ryc. 4.

zarządził, że w obu przypadkach chorzy skarżyli się na bóle w okolicy przeszczepu. Dodać należy, że łącznie z przeszczepieniem beleczki wykonano u nich usztywnienie stawów skokowego dolnego,

skokowo-łódkowatego oraz piętowo-sześciennego. U jednego z tych chorych wystająca część przeszczepu odłamała się i przyrosła kostnie do brzegu kości piszczelowej, jak to wykazał radjogram. Okoliczność ta jednakże w niczem nie upośledzała wyniku operacji. Wynik czynnościowy był tak samo jak i u drugiego chorego dobry. Fakt, że beleczka mogła przyrosnąć kostnie do przedniego brzegu gu piszczeli, świadczy wymownie o sile podrażnienia, jakiemu musi ulegać ta część powierzchni stawowej pod wpływem ustawicznego uderzania beleczki podczas chodu. Drażnienie to jest tem większe, im mniejszą sprężystość ma stopa, im mniej może łagodzić uderzanie to przez ruchy w stawach stępu i śródstopia. Tu istotnie cały ciężar ciała opiera się na beleczce, która staje się punktem obrotowym dźwigni, które tworzą podudzie i blok kostny usztywnionego stępu.

Chcąc ominąć tę niedogodność, próbowaliśmy rozwiązać w odmienny sposób zasady statyczne Puttiego.

Posługiwaliśmy się mianowicie w tym celu zaryglowaniem ztyłu stawu skokowego górnego sposobem podanym przez Nové-Josseranda, modyfikując nieco jego technikę.

Metodę tę wraz z wynikami ogłosił Guérin w swej pracy doktorskiej, a później Nové-Josserand podał ją w Rev. d'Orthop. t. XII, 1925.

Sposób ten stosował on mianowicie w przypadkach porażonej wiotkiej stopy zwisającej. Operacja ma za cel usunięcie zwisania stopy przez usztywnienie stawów stępu oraz przez umieszczenie uszypułowanej beleczki kostnej z kości piętowej poza staw skokowy górny.

Oto w streszczeniu technika:

Cięcie skórne rozpoczyna się mniejwięcej 5 cm powyżej kostki zewnętrznej w pośrodku przestrzeni między kością strzałkową a ścięgnem Achillesa, w której to przestrzeni biegnie ku dołowi, obejmuje łukowato kostkę zewnętrzną od dołu w oddaleniu mniejwięcej 1 cm, idzie dalej poziomo aż do szczeliny stawu Choparta, gdzie zaginając wstępuje na grzbiet stopy aż mniejwięcej do ścięgna prostującego paluch. Otwiera się pochewki ścięgien mięśni strzałkowych i przecina ścięgna w kształcie litery Z, poczem odszukuje się szczelinę stawu skokowego dolnego i otwiera ją skalpelem. Idąc wzdłuż tej szczeliny osiąga się staw skokowo-łódkowaty, który również otwiera się. Teraz z łatwością udaje się zwichnąć stopę ku wewnątrz i szeroko rozchylić stawy stępu.

Dłutem i młotem odświeża się kolejno główkę kości skokowej, tylną powierzchnię kości łódkowatej, obydwie powierzchnie stawu piętowo-sześciennego, poczem wracając do stawu skokowego dolnego, usuwa się chrząstkę pokrywającą dolną powierzchnię kości skokowej oraz staw skokowo-piętowy przedni. Pozostaje tylna powierzchnia chrzęstna kości piętowej, z której pobiera się dłutem ową beleczkę w postaci klina zwróconego szeroką podstawą (1 cm) ku tyłowi; długość beleczki odpowiada długości tejże płaszczyzny stawowej w wymiarze przedniotylnym. Po wydłutowaniu klina podważa się go dłutem w części przedniej i unosi ostrożnie, zważając, żeby nie przerwać jego szypuły, znajdującej się u podstawy jego, a złożonej z okostnej i blaszki istoty korowej. Potem przygotowuje się za pomocą tępego narzędzia łożysko w częściach miękkich znajdujących się między stawem piszczelowo-skokowym a ścięgnem Achillesa i w to łożysko umieszcza się belleczkę, odprowadzając równocześnie stopę w normalne położenie. Po zeszyciu ścięgien strzałkowych zamyka się ranę i zakłada opatrunek gipsowy na 2 miesiące, poczem Nové-Josserand poleca zmienić go na gips do chodzenia. Gips ten ma pozostać dalsze 2 miesiące.

Wynik operacyjny przedstawia się klinicznie następująco:

Stopa nie odchyla się ani w sensie szpotawości ani koślawości. Przez zblokowanie zgięcia podeszwowego stopa nie opada, zachowala przytem pewną poruszalność w granicach 20—25°, co usuwa znacznie sztywność chodu.

Operację tę stosowaliśmy dotychczas w 6 przypadkach, w których wadliwe ustawienie stopy (szpotawość, koślawość itd.) zmuszało do operacyjnego poprawienia zniekształceń. Redresja nawet gwałtowna w przyrządach nie daje nam w tych przypadkach pożądanego trwałego wyniku, jak to mieliśmy wielokrotnie możność przekonać się. W miarę bowiem długotrwałego wadliwego ustawienia kości, zniekształcenie ich posunęło się zbyt daleko w myśl praw Delpecha i Wolffa.

Operację przeprowadzamy, trzymając się ściśle przepisu technicznego. Małe zmiany, które są konieczne dla naszego celu, polegają na tem, że wycinając poszczególne stawy stępu, dłutujemy płaszczyzny kości skokowej i piętowej tak, że powstaje ustawienie końskie stępu pod kątem 110°. Równocześnie usuwamy w miarę konieczności szpotawość względnie koślawość stopy, wyjmując odpowiednie kliny. W miarę potrzeby skracamy wzgl. przedłużamy ścięgno Achillesa, co można uskutecznić z cięcia skórnego pierwotnego. Zabieg wykonujemy pod opaską Esmarcha, przyczem staramy się podwiązać wszystkie widoczne naczynia. Opaskę zdejmujemy dopiero po założeniu gipsu.

Podczas zakładania gipsu należy pamiętać, że po przedłutowaniu stępu stopa jest tylko luźno połączona z kością skokową. To też nie wolno asystującemu trzymać jej za palce, jak to się zwykle czyni, trzymając do gipsu. Ciąg taki bowiem może z łatwością przemieścić stopę ku przodowi względem podudzia; znika wówczas kontur pięty, a ustawienie takie upośledza stopę czynnościowo w wysokim stopniu. Gips obejmuje stopę, podudzie i połowę uda, przyczem kolano zagipsowujemy w zgięciu o 45—60°. Takie ustawienie kolana w gipsie zapewnia dobre ustalenie stopy i nie pozwala nawet na małe odkręcanie się gipsu wraz z stopą wkoło podłużnej osi kończyny.

Po 14 dniach zazwyczaj zmieniamy gips, wyjmując przy tej sposobności szwy i dokonując poprawek ustawienia stopy, o ile okazują się potrzebne. Nowy gips zostawiamy przez dalsze 6 tygodnie, w którym to czasie nie pozwalamy choremu chodzić. Naogół czas ten (8 tygodni) wystarczał nam, by osiągnąć należyty zrost kostny.

Warunkiem trwałego dodatniego wyniku operacyjnego było stworzenie równowagi mięśniowej stopy. Nawet pojedyńczy mięsień może stałem swem działaniem wobec braku przeciwdziałania spowodować pojawiające się powoli zniekształcenie stopy. Przeszczepienia mięśniowe znajdują tu szerokie zastosowanie.

Dążąc do osiągnięcia równowagi mięśniowej, zaleca się w pierwszym rzędzie usunąć — o ile możności — zwisanie palców, które choremu daje tyle powodów do skarg. Palce bowiem, podwijając się łatwo podczas chodzenia, czynią chód niepewny, narażając chorego na łatwe potykanie się.

W rozwiązaniu zadania tego operujący ma szerokie pole do pomysłowości.

W jednym przypadku m. piszczelowy przedni był jedynym prostownikiem, który uchował się na podudziu. Działanie jego jednostronne było szkodliwe, gdyż mięsień ten dążył do przemieszczenia stopy w szpotawość. Przeszczepiliśmy go zatem na ścięgno długie prostownika palucha i prostownika palców. Jako miejsce szwu wybraliśmy więzadło poprzeczne goleni, zaszywając je po zabiegu bardzo starannie.

Ścięgno prostownika palucha doszyliśmy do prostownika palców i na oba już połączone ścięgna naszyliśmy ścięgno m. piszczelowego przedniego i to głównie do odnóg ścięgna idących do palca drugiego i trzeciego. Łącząc ścięgna z sobą zważaliśmy, aby nie utworzyły w miejscu szwu zbytniego zgrubienia. Działanie mięśnia piszczelowego przedniego przeniosło się równomiernie na paluch i palce, znosząc ich zwisanie a równocześnie unosząc stopę w kierunku grzbietowym.

Wynik był dobry.

W razie przeszczepiania ścięgna prostującego paluch na prostownika palców przyszywamy kikut obwodowy albo do ścięgna krótkiego prostownika palucha, albo do ścięgna prostującego palec drugi.

Przeszczepiając prostownik długi palucha na m. piszczelowy przedni, odstąpiliśmy od t. zw. fizjologicznej metody Biesalskiego polegającej na tem, że przemieszcza się ścięgno prostownika paluch z swej pochewki w pochewkę piszczelowego przedniego. Mimo przesadnie ostrożne nawet obchodzenie się z ścięgnem i tkanką około- i przyścięgnową wynik końcowy nie zawsze był zadawalniający.

Praktycznie dobry wynik daje nam natomiast proste przyszycie ścięgna prostownika palucha do okostnej i kości w miejscu przyszczepu m. piszczelowego przedniego, nie wyciągając ścięgień z ich pochewek.

Gdy wszystkie prostowniki są porażone, można posłużyć się m. zginaczem palucha lub pomysłowym sposobem Grucy, który używał do tego celu mięśnia piszczelowego tylnego, przyszywając go do mięśnia piszczelowego przedniego_prostownika długiego palców i palucha.

W wyborze mięśnia mającego być przeszczepionym winna w każdym razie rozstrzygać zasada nienaruszenia równowagi mięśniowej stopy względnie dążność stworzenia tej równowagi.

Stosowane dawniej przez nas przyszywanie do okostnej i kości stępu ścięgień prostujących paluch i palce celem usunięcia ich opadania, nie dały nam nigdy stałego wyniku, gdyż porażone ścięgna unieruchomione naddawały z czasem.

Przeszczepiań mięśniowych dokonujemy zawsze dopiero po operacji kostnej, aby móc wcześnie zająć się przeszczepionemi mięśniami, przyzwyczajając je zabiegami fizykalnemi do nowej ich czynności.

Na noc układamy operowaną kończynę na szynę (rodzaj korytka z opasek krochmalowo-gipsowych) celem utrzymania pal-

ców w hiperkorekcji i polecamy posługiwać się tą szyną przez czas dłuższy ½—1 roku.

Wyniki operacji Nové-Joseranda po zapewnieniu równowagi mięśniowej były zawsze conajmniej dostateczne.

Dla przykładu pozwolę sobie podać jeden z radjogramów stopy operowanej tym sposobem (ryc. 5). Jak uwidoczniają seryjne



Ryc. 5.

zdjęcia rentgenowskie, beleczka (na rycinie strzałka wskazuje na nią) zachowuje zawsze swą żywotność, staje się z czasem zbitsza, szczególnie u podstawy. Przednia jej powierzchnia, utworzona pierwotnie z istoty gąbczastej, zamienia się w rodzaj istoty korowej. Na radjogramach widać ostrą z czasem pogrubiającą się linję. Beleczka zachowuje — jak to zapewnia Nové-Josserand — nawet wówczas swą żywotność, gdy oderwie się od tej szypuły podczas zabiegu. Załączona odbitka stopy (ryc. 6) pokazuje nam, że stęp



Ryc. 6.

uzyskuje dobre ustawienie a sklepienia uwydatniają się należycie. Widoczna różnica długości stóp nie powstala na skutek operacji, istniała ona w danym przypadku już przed zabiegiem, jak to zresztą często spotykamy u kończyn wiotko porażonych. Fotografja wykonana przed operacją (ryc. 7) i po operacji (ryc. 8) pozwala ocenić wynik kosmetyczny. Istniejący obrzęk jest obrzękiem pooperacyjnym, który ustępuje po kilku tygodniach całkowicie.

Operowana tym sposobem stopa zachowuje poruszalność jedynie w sensie zginania podeszwowo-grzbietowego i to według naszego doświadczenia w obrębie 15—20°. Poruszalność ta zwiększa się z czasem w miarę, jak rozluźniają się zastępczo stawy śródstopia. Zwiotczenia stawu skokowego górnego, które mogłoby zniweczyć korzyści usztywnienia stawów stępu, powodując nawrot szpotawości lub koślawości, dotychczas nie zauważyliśmy (najstarszy wynik od 3. VIII. 1926 r.).



Ryc. 7.



Ryc. 8.

Chory chodzi bez trudu na gładkiej podłodze, na bruku i na ziemi nierównej utyka.

Sposób ten leczenia stopy końskoszpotawej porażeniowej ma niesłychaną wyższość nad sposobami leczenia zachowawczego szczególnie u dorosłych. Mamy tu na myśli mozolne redresje stopy w przyrządach. Powtarzać je trzeba nieraz kilkakrotnie, wymagając każdorazowo albo uśpienia chorego, albo zastosowania innych zabiegów znieczulających. Łatwo powstają pękania skóry podczas redresji oraz odleżyny w gipsach mimo starannej techniki gipsowej na skutek zbyt silnego parcia odprowadzonej stopy o gips.

Jeśli zaś osiągnie się tą drogą jakiś wynik, koniecznem jest dostarczenie choremu aparatu ortopedycznego celem utrzymania wyniku. Aparat zaś jest drogi i kłopotliwy, gdyż wymaga często zmian i napraw. Poczucie zależności chorego od aparatu bynajmniej nie wpływa dodatnio na jego stan psychiczny, o względach estetycznych wspominać nie potrzebuję.

Oczywiście nie można zastosować operacji Nové-Josseranda u dzieci ze względu na zaburzenia wzrostowe, jakie spowodowałaby. U dzieci ograniczamy się przeto do stworzenia równowagi mięśniowej drogą przeszczepień, tenodezy, fascjodezy itd. oraz zapewniamy ustawienie stopy aparatem ortopedycznym w miarę po trzeby.

Przechodząc z kolei do zniekształceń kolana w stanach porażenia wiotkiego, wspomnieć należy, iż najczęściej spotykamy się z przykurczeniem jego.

Usuwanie przykurczenia jest koniecznością nietylko kosmetyczną lecz statyczną. Putti wymaga nawet przeprowadzenia kolana w miarę możności w stan nadmiernego wyprostowania.

Osiągnąć można to w różny sposób. Często wystarczy zwykła redresja ręczna lub na klinie ortopedycznym.

Froelich poleca dwa sposoby:

1) Chorego układa na brzuchu, pod kolano podsuwa klin i chwyciwszy za udo i podudzie siłą rąk wyrównuje przykurczenie.

2) Chory leży na plecach. Operator kładzie sobie nogę chorego na bark i rękami ułożonemi na przykurczonem kolanie dąży je wyprostować.

Oba sposoby wymagają znieczulenia ogólnego. Założenie gipsu, który winien obejmować biodra i całą kończynę łącznie z stopą, kończy zabieg ten. Niekiedy trzeba redresje te powtarzać kilka razy. Wyniki, jakie one dają, są u dzieci dobre, u dorosłych pojawiają się nawroty, jak to podkreśla Nové-Josserand. Nasze doświadczenia potwierdzają pogląd ten.

Wykonując owe redresje trzeba zważać, aby nie wywołać przemieszczenia w chrząstkach nasadowych u osobników młodych. Dlatego Froelich poleca chwycić za udo i podudzie tuż w pobliżu kolana. Nadłamania kości, czy to udowej czy podudzia nie stanowią żadnego powikłania, przeciwnie nieraz należy uciekać się do nich, gdyż umożliwiają łatwiejsze poprawienie zniekształcenia. Założywszy gips trzeba uświadomić sobie, że kolano po dokonanej redresji prze całą siłą o gips, należy je więc dobrze ochronić watą lub filcem, a jeśli i to okaże się niedostateczne, trzeba wyciąć okienko w gipsie. W jednym z naszych przypadków przez pożałowania god-

ne zapomnienie powstał w bardzo krótkim czasie rozległy wrzód odleżynowy nad rzepką, który wobec lichej skłonności gojenia się rany na porażonej kończynie wymagał przez długi czas opatrunków.

Bardzo znaczną przeszkodę w wyprostowaniu kolana stanowią często przykurczone zginacze. W przypadkach tych przedłużamy ich ścięgna w postaci litery Z sposobem otwartym za pomocą podłużnego cięcia pośrodkowego w dole kolanowym.

Niekiedy po przedłużeniu ścięgień pęk naczyniowo-nerwowy napina się tak silnie, iż nie można dokonać wyprostowania kolana, nie chcąc narazić kończynę na poważne zaburzenia krążenia.

Dość często opiera się wyprostowaniu przykurczona tylna torebka stawowa. Skurczenie jej może być tak silne i oporne, że bez przecięcia jej redresja kolana nie uda się.

W przypadkach tych posługujemy się sposobem Puttiego:

Cięcie skórne poprowadzić najlepiej w linji pośrodkowej. Nerw piszczelowy tylny i strzałkowy rozdziela się na tępo i odchyla jednego w jedną drugiego wraz z naczyniami w drugą stronę. Po rozszerzeniu rany hakami ukazuje się kłykieć udowy zewnętrzny pokryty przyczepem mięśnia brzuchatego łydki i torebką stawową. W podobny sposób nacina się torebkę na kłykciu przyśrodkowym, kładąc cięcie na równej wysokości z pierwszem. Oba nacięcia torebki łączy się w jedno, przecinając przegrodę przedzielającą je. Wyprostowanie kolana udaje się teraz zazwyczaj łatwo, o ile oczywiście nie przeszkadzają przykurczone naczynia i nerwy.

Dlatego też Putti ostrzega przed natychmiastowem całkowitem wyprostowaniem kolana, gdyż prawie zawsze wywołuje ono zaburzenia naczyniowo-nerwowe na podudziu. Poleca zagipsować kończynę w miernej pozycji poprawionej. Dalsze redresje można uskuteczniać bez narkozy.

Jakkolwiek kapsulotomja tylna daje bezwzględnie dobre wyniki kosmetyczne, wyniki czynnościowe nie idą z nimi w parze. Jak wiemy bowiem, torebka tylna jest w stanach porażenia wiotkiego kolana tym czynnikiem, który zapobiega przeginaniu się stawu ku tyłowi. Jeśli więc przetniemy ją, pozbawimy się naszego hamulca tylnego, który w obliczeniach statycznych Puttiego odgrywa tak ważną rolę. Powstały zrost bliznowaty nie jest w możności zastąpić mocnej torebki.

Zdaniem naszem przecięcie torebki tylnej jest wręcz przeciwwskazane w przypadkach porażenia mięśni zginaczy kolana. Te mięśnie działaniem swem zapobiegają również przeginaniu się kolana ku tyłowi. W razie ich porażenia kolano jest zatem pozbawione drugiego swego urządzenia hamującego.

Putti sam rzadko posługuje się przecięciem torebki tylnej. Najczęściej wyrównuje on przykurczenie kolana przez przecięcie kości udowej powyżej kłykci. Sposób ten daje najlepsze i trwałe wyniki; jest bardzo prosty i pozwala wyrównać zazwyczaj przykurczenie na jednem posiedzeniu. Zabieg ten jest także i z tego względu dodatni, iż nie narusza stawu i mięśni, nie upośledza zatem ich czynności, na której nam przecież bardzo zależy. Obawa, że stan porażeniowy kończyny opóźni lub upośledzi zrost kostny, jest zupełnie nieuzasadniona.

Jedną niedogodnością jest, że w przypadkach znaczniejszego przykurczenia po dokonanem wyrównaniu jego, kolano sterczy brzydko ku przodowi na skutek kątowatego zagięcia kości udowej.

Nové-Josserand odradza od dłutowania uda powyżej kłykci, jeśli przykurczenie jest większe niż 50^0.

Może w tych przypadkach byłaby wskazana podwójna osteotomja uda i podudzia tak, że zgięcia rozłożone na udo i podudzie nie spowodowałyby w takim stopniu wystawania kolana. Doświadczenia pod tym względem jednakże jeszcze nie mamy.

Wyrównanie przykurczenia biodra nie sprawia zazwyczaj większych trudności i naogół ustępuje albo w zwykłej redresji, albo po przecięciu podskórnem napinających się mięśni.

W przypadkach, w których napinający się mięsień jest jedynym zginaczem biodra, który uchował się, jest wskazanem zastąpić zwykłą myotomję podskórną przez otwarte ,przemieszczenie przyczepu n. p. z kolca biodrowego przedniego górnego na dolny, aby nie zmniejszyć sprawności czynnościowej mięśnia. Rzadko przyczyną przykurczenia będzie mięsień biodrowo-udowy. O ile mięsień ten nie jest jedynym zachowanym zginaczem, Wierzejewski poleca podskórne przecinanie go swoim sposobem. Gdy wszystkie te zabiegi zawiodą względnie, gdy można przewidzieć ich bezskuteczność, uciec się ostatecznie można do przecięcia kości udowej poniżej krętarzy i w ten sposób wyrównać przykurczenie biodra.

W wyborze kolejności wykonywania zabiegów dla biodra, kolana i stopy, okazało się nam najpraktyczniej ustawić wpierw poprawnie biodro i kolano i to zazwyczaj na jednem posiedzeniu, a dopiero później stopę.

Sposób Puttiego umożliwia nietylko chód bez przyrządów ortopedycznych, ale pozostawia porażonemu poruszalne stawy.

Nie potrzeba podkreślać, jak wielką przeszkodą jest w życiu codziennem sztywny staw wielki kończyny dolnej. Sztywna w kolanie kończyna sterczy podczas siedzenia i zawadza przy każdej sposobności. A przecież przeważna liczba chorych tych będzie zdana na wykonywanie pracy siedząco. Chory taki będzie często wręcz potrzebował zginające się kolano do wykonywania zawodu swego (n. p. szewstwo, koszykarstwo).

Usztywnienie stawu skokowego górnego a szczególnie potrójne usztywnienie stępu czyni chód sztywny i niesprężysty.

Ombrédanne zwykł mówić, że dla poszczególnych stawów stopy istnieje pewna hierarchja czynnościowa: Staw Choparta oraz staw skokowy dolny są wielkiemi damami dworu; reszta to małoznaczące osoby. Lecz ponad wszystkiemi istnieje królowa, jest nią staw skokowy górny. I tu O. ostrzega: nie ruszajcie królowej! (Ne touchez pas à la reine).

Tak zaryglowanie stawu skokowego górnego sposobem Puttiego jak i sposobem Nové-Josseranda pozostawia stawowi temu poruszalność $15-25^0$ w sensie zginania podeszwowo-grzbietowego. Poruszalność ta ułatwia znacznie chodzenie.



Ryc. 9.

Na załączonym wycinku filmowym (ryc. 9) można prześledzić sposób chodzenia z porażoną lewą kończyną dolną. Film przedstawia 15-letnią dziewczynę, która chodziła przed operacją o kuli. Zniekształcenie kończyny jej polegało na końskoszpotawem usta-

wieniu stopy i na przykurczeniu znacznem kolana, przyczem mięśnie czworogłowy uda i krawiecki były całkowicie porażone. Zastosowaliśmy u dziewczęcia tego operację Nové-Josseranda łącznie z przeszczepieniem mięśni dla uzyskania równowagi mięśniowej stopy oraz przeprowadzenie kolana w hiperekstenzję przez przedłutowanie poprzeczne kości udowej powyżej kłykci.

Nie zawsze będzie można zastosować leczenie wiotkich porażeń kończyn dolnych przez poprawienie warunków statycznych. Tak więc może n. p. znaczna wiotkość stawu kolanowego udaremnić wszelkie wysiłki zastosowania prawideł Puttiego. W tych przypadkach jednak należy dobrze rozważyć przed przystąpieniem do usztywnienia kolana, czy aparat ortopedyczny, który ograniczy nadmierną poruszalność stawu, mimo swych ujemnych stron każdego aparatu, nie będzie mniejszem złem niż sztywność kolana.

Putti wspomina o przypadkach, w których uruchomiał operacyjnie kolano, które w dawnych latach sztucznie usztywniono. Dowodzi to tylko, jak przykro chorzy odczuwali sztywność kolana, że poddali się tak poważnemu zabiegowi jak krwawe uruchomienie kolana.

U dzieci można zastosować leczenie Puttiego już w wczesnych latach. Zaryglowanie bowiem stawu skokowego górnego od przodu za pomocą beleczki kostnej nie powoduje zaburzeń wzrostowych. Jak badania wykazały, beleczka wszczepiona zlewa się z kością skokową w organiczną całość i bierze udział w wzroście.

Jeśli natomiast okoliczności wymagają usztywnienia stawów stępu, należy zaniechać ich u dzieci.

Jako wiek do usztywniań stawów — oczywiście przez powierzchowne usunięcie powłoki chrzęstnej — Ombrédanne podaje 12 lat. U nas niechętnie stosujemy je przed 15 rokiem.

U dzieci dążymy usunąć zniekształcenia redresjami, przeszczepiamy mięśnie, jeśli potrzeba, i dajemy dziecku aparat, który nosi tak długo, aż dojdzie do odpowiedniego wieku.

Wykonując u dziecka redresje, staramy się osiągnąć warunki statyczne Puttiego t. zn. biodro i kolano przeprowadzamy w stan nadmiernego wyprostowania a stopę w ustawienie końskie. Aparat zaś przystosowujemy do kończyny, znajdującej się w warunkach poprawionych. Staw kolanowy aparatu każemy wypiłować nieco z przodu tak, że pozostaje lekkie wygięcie do tyłu. Sandał aparatu względnie jego staw skokowy zamykamy tak, że stopa może wykonać ruch ku dołowi, nie może jednak przekroczyć kąta 110^0, zginając się w kierunku grzbietowym. Małe te zmiany u aparatu dają dziecku pewność chodu, przyczem można darować sobie wszelkie dodatkowe przyrządzenia jak sztuczne ścięgna gumowe, sprężyny itd., mające zastąpić działanie porażonego mięśnia czworogłowego. Jako typ aparatu wystarcza nam naogół zwykły aparat szynowy z paskami.

Pozwoliłem sobie podać wytyczne leczenia bezprzyrządowego, stosowanego obecnie w Klinice naszej, nie wdając się w omówienie wyczerpujące dużo innych metod, któreby nas może także doprowadziły do celu. Wyniki bowiem osiągnięte dotychczas opisanym sposobem były nietylko zadawalniające, lecz dały się osiągnąć w stosunkowo krótkim czasie, oszczędzając choremu długich a często bezskutecznych pertraktacji z Kasami Chorych, z gminami itd. Sposób ten leczenia posunął nas o duży krok naprzód w wymaganiach, jakie Grobelski żąda od nowoczesnego leczenia kalectw, i jakie wyraził i uzasadnił na pierwszym Zjeździe Lekarzy Polaków w Katowicach w r. 1926.

Około 90% kalek leczonych u nas pochodzi według niego z warstw niezamożnych, korzystając z Kas. Duży odsetek z tych są kalekami na tle porażenia wiotkiego dziecięcego.

Staje się więc rzeczą jasną, że leczenie tych kalectw przedstawia ważne zagadnienie społeczne. Leczenie to musi się zatem dostosować do naszych warunków społecznych, trudnych i uciążliwych.

Jakkolwiek możnaby poczynić dużo zarzutów teoretycznych, sposób bezprzyrządowego leczenia swoją tanością, swoją pewnego rodzaju matematyczną ścisłością w osiąganiu wyniku, który w dodatku jest kosmetycznie dobry i czynnościowo conajmniej zadawalniający, umożliwia korzystanie z niego szerokim masom kalek.

I to jest jego bezsprzeczną zaletą.

S t r e s z c z e n i e:

Spostrzeżenia kliniczne potwierdzają całkowicie słuszność rozważań Puttiego nad statyką porażonej wiotko kończyny.

Ustalenie stopy pod kątem 110^0 względem podudzia oraz ustawienie kolana i biodra w hiperekstenzji umożliwiają porażonemu chodzenie bez aparatu ortopedycznego, o ile mięśnie pasa biodrowego choć w części zachowały swą sprawność.

Ustawienie końskie Putti utrwala swym sposobem zaryglowania stawu skokowego górnego od strony przedniej.

W przypadkach, w których obok zaryglowania stawu trzeba było usztywnić pozostałe stawy stępu, posługiwaliśmy się sposobem Nové-Josseranda. Sposób ten polega na zaryglowaniu stawu skokowego górnego od strony tylnej, na usztywnieniu reszty stawów stępu, przyczem odpowiednio do naszego celu stopę się ustawia pod kątem 110^0. Ścięgno Achillesa skracaliśmy względnie przedłużaliśmy w miarę potrzeby. Sposób ten dał nam wyniki o tyle lepsze, że chorzy nie skarżyli się na bolesność w okolicy beleczki wszczepionej, jak to niekiedy miało miejsce w przypadkach zaryglowania od strony przedniej.

Chcąc zapewnić wynik dobry operacji kostnej trzeba stopie zapewnić równowagę mięśniową. Przeszczepiając mięśnie, w pierwszym rzędzie należy dążyć do usunięcia zwisania palców i stopy.

Przykurczenie kolana u dorosłych najlepiej usunąć drogą przecięcia kości udowej powyżej kłykci, o ile przykurczenie nie przekracza 50^0. U dzieci zazwyczaj wystarcza redresja.

Kapsulotomja tylna kolana nie jest wskazana w przypadkach porażenia zginaczy kolana.

Przykurczenie biodra naddaje zazwyczaj w redresji lub po myotomji podskórnej.

Leczenie sposobem Puttiego ma tę wyższość nad innymi sposobami, iż pozwala osiągnąć wynik w stosunkowo krótkim czasie i nie wymaga dostarczenia choremu aparatu ortopedycznego, co czyni leczenie dostępniejsze szerszym warstwom ubogich kalek.

Piśmiennictwo.

1) F r o e l i c h: Le genou paralytique. Rev. d'Orthop. t. XIII, 4. 1926: — 2) G r u c a: W sprawie leczenia operacyjnego porażeń stopy. Polski Przegl. Chir. 1927, t. VI. 2: — 3) G u é r i n: Arthrorisis postérieure de la tibio — tarsienne dans les pieds equins paralytiques: Thèse — Lyon 1925. — 4) M a z z a r i: L'artrorisi tibio — astragalea secondo Putti. La Chir. degli organi di movimento. 1924, vol. VIII. — 5) N o v é - J o s s e r a n d. Arthrodèse sous — astragalienne avec butée osseuse dans le pied paralytique. Rev. d'Orthop. 1925, t. XII: — 6) C i sami: Le genou paralytique. Rev. d'Orthop. 1926. t. III: — 7) P u t t i: Rapporti statici fra piede e ginocchio nell' arto paralitico: Arresto osseo tibioastragaleo. La Chirurgia degli organi di movimento 1922, vol. VI, 2. — 8) Tenże: La capsulotomia poplitea nella cura delle retrazioni flessorie del ginocchio. La Chir. degli organi di movimento 1921. vol. V. — 9) R e i n e r: Einiges über Funktionsstörung nach Extensorlähmung u. über Indikation zur Transplantation an der unteren Extremität. Verhandl. d. Deutsch: Ges. f. orthop. Chir. 1904, III Congress. — 10) W i e r z e j e w s k i: Die perkutane Tenotomie der Sehne des M. ileopsoas. Zentralbl. f. Chir. 1927. Nr 38.

SPRAWOZDANIA POGLĄDOWE.

Doc. Dr. A. SABATOWSKI. Lwów.

Balneoterapja jako eksperyment kliniczny.

Badania doświadczalne nad działaniem bodźców wodoleczniczych na ustrój ludzki i zwierzęcy mają już blisko stuletnią historję za sobą, że wymienię dla przykładu badania S c h u l t z'a (1838) nad zachowaniem się krwi przy pojeniu człowieka wodą lub badania B o u i s s o n a nad zachowaniem się układu żylnego bramnego u zwierzęcia pod tym samym wpływem pojenia.

Najowocniej pracowała dawniej grupa hidroterapeutów t. zw. elementarnych, t. j. stosujących jedynie wodę źródlaną zwykłą i nic w tem dziwnego, gdyż mogli oni nieraz stosować takie zabiegi w zakładach zaopatrzonych w pracownie naukowe, jak kliniki uniwersyteckie i szpitale wielkomiejskie. Badania te dawniejsze dotyczyły zachowania się krwi, moczu, oddechu i ciepłoty ciała. Odrębną i jeszcze starszą grupę oczywiście stanowiła rejestracja wyników leczniczych. Badania k r w i przedewszystkiem uwydatniały zachowanie się obrazu i ilości ciałek białych i czerwonych, przyczem zwrócono należytą uwagę na s z y b k o ś ć tych zmian i wybitną w tem rolę r u c h u w o d y między krwią a tkankami. Badania m o c z u dotyczyły jego ilości, kwasoty ogólnej i koncentracji. Badania o d d e c h u ograniczały się tylko do rejestracji jego częstości i głębokości, zaś obserwacja c i e p ł o t y c i a ł a obejmowała głównie zniżki lub zwyżki w okresie oziebiania lub wygrzewania ustroju. Stany gorączkowe, wywołane forsownem stosowaniem kąpieli zimnych lub nadmiernem ograniczeniem dowozu wody przez djetę suchą, były dobrze znane i stosowane („Heilfieber"), lecz bliżej nie badane dla braku podstaw teoretycznych i znajomości zjawisk pokrewnych.

Sprawa ta zapomniana przez długi szereg lat, nabiera dziś nowego znaczenia dzięki coraz szerszemu stosowaniu leczenia zimnicą i durem powrotnym, zwłaszcza chorób układu nerwowego.

*) Rzecz wygłoszona na II Zjeździe Lekarskim w Krynicy dnia 1 października 1927 r.

Mamy tu znowu do czynienia z „gorączką leczniczą“ i to przy tej samej grupie schorzeń, które były przedmiotem owych forsownych procedur wodoleczniczych.

Obserwacja wyników leczniczych, a więc doświadczeń robionych przy długiej serji zabiegów u chorych, ma obfitą i bardzo ciekawą literaturę z lat dawnych, wartą większej uwagi niż dziś się jej poświęca. O tych wartościach wspomnę jeszcze później. Balneologja zdrojowiskowa znalazła tam przeważne miejsce.

W nowym, powojennym okresie badań balneologicznych kierunki eksperymentu pozostały przeważnie te same, pogłębiły się jednak i rozszerzyły wydatnie dzięki wzbogaceniu wiedzy ścisłej i udoskonaleniu metod badania. Ze strony fizjoterapji czynnikiem zapładniającym nowe badania było usunięcie sztucznych a tradycjonalnych granic pomiędzy poszczególnemi gałęziami przyrodolecznictwa, a więc wodolecznictwem elementarnem a zdrojowem, leczeniem klimatycznem, djetetycznem, mięsieniem i pewnemi działami elektroterapji. Podobieństwo odczynów tak doraźnych jak i na dalszą metę — więc leczniczych — i pokrewieństwo a nawet tożsamość wielu czynników działających, spowodowały tę zmianę zapatrywań.

Badanie krwi zostało obecnie rozszerzone na cukier, składniki mineralne, ugrupowanie białek, gazy krwi, równowagę kwaso-zasadową, czas opadania krwinek, przepuszczalność otoczki krwinek dla gazów, cukru i soli oraz na pogłębienie zagadnienia wymiany wody między krwią a tkankami, któremu to zjawisku modna obecnie osmoterapja nadała cechę wielkiej aktualności, zaś badania nad elektrolitami i koloidami ustroju daje z każdym dniem pewniejsze podstawy.

Zagadnienie ciśnienia krwi usunięte dziś zostało trochę w cień, do czasu zebrania ścisłego materjału naukowego, przeważnie z zakresu endokrynologji i fizjologii układu wegetatywnego.

Badanie moczu uwzględnia dziś różnicę między kwasotą aktualną a potencjalną, wywóz soli kwaśnych i zasadowych oraz typ wydzielania moczu w stosunku do pory dnia i posiłków okresu miesiączkowego oraz zboczeń chorobowych. Ta gałęź badań, wymagająca skromnej aparatury, a ze względu na bilans wody w ustroju bardzo ciekawa, może być — jak później powiem, w uzdrowiskach silnie rozbudowana. Dodać winienem, że śledzenie w moczu za zmianami w przemianie materji pod wpływem zabiegów balneoterapeutycznych (badania ostatnich lat przed wojną i po wojnie) przyniosło naogół bardzo skromne wyniki.

Badania oddechania ułatwione dziś przez uproszczoną aparaturę chemiczną, zwróciło się w kierunku zjawisk przemiany gazowej w ustroju i prowadzone jest w ścisłej łączności z badaniem odczynu krwi i moczu. Zagadnienie acidozy i alkalozy, tak ważne dziś we fizjologji i patologji, przyczynia się do ożywienia badań balneologicznych i wogóle fizjatrycznych w tym właśnie kierunku.

Badanie odczynów ciepłoty ustroju na zabiegi wodolecznicze stanowiło dawniej pole niejednolitej pracy i dziś dopiero uzyskujemy retrospektywnie jaśniejszy pogląd na całość zagadnienia. „Heilfieber“ starych hydroterapeutów, występowanie gorączki przy używaniu gorących kąpieli cieplicznych, opisane przez Amicarellego i Arienzo, gorączka wywoływana przez Kowalskiego stosowaniem wielodniowem gęstej serji natrysków chłodnych, to szereg zjawisk tej samej kategorji. T. zw. reakcja zdrojowiskowa jest odczynem podobnym, zwykle tylko o charakterze ogniskowym, jakich liczne przykłady mamy w proteinoterapji a nawet chemoterapji (odcz. Herxheimera). Zaokrąglają całokształt zjawiska doświadczenia moje (r. 1924) nad odczynem nawodnienia ustroju przez pojenie, który w przypadkach chorobowych przebiega jako odczyn ogniskowy i ogólny. Jest więc możliwe pojeniem ustroju wywołać gorączkę podobnie jak silnem ograniczeniem napoju, kąpielami zimnemi lub gorącemi i wielorakiemi innem bodźcami.

Badane działania zawartych w wodach pierwiastków mineralnych, zapoczątkowane jeszcze w okresie przedwojennym, doznaje obecnie silnego ożywienia dzięki z jednej strony zainteresowaniu się chemji fizjologicznej i farmakologji jonami tych pierwiastków — z drugiej strony dzięki bliższemu poznaniu działania samej wody, podawanej w większych ilościach. W ten sposób wyklucza się niektóre dawniejsze niewiadome z równania. Narazie owocne badania dotyczą moczopędności wód zależnie od składników mineralnych i gazowych (CO_2), skuteczności minimalnych dawek jodu we wodach, wpływu soli potasu na przepuszczalność tkanek i t. d.

Nauka o nadwrażliwości i odporności dała w plonie balneologicznym, między innemi, cenne odkrycie uodparniającego działania wód alkalicznych.

Skóra, jako miejsce zadziałania najpospolitszych zabiegów wodoleczniczych, kontrolowana jest teraz kapillaroskopem oraz co do zmian swego napięcia, pozatem ponawia się badania nad przeziewem skóry, wchłanianiem i innemi zjawiskami.

Nakoniec, dzięki postępom psychofizjologji i patologji zaczynają się badania nad sposobem skutecznego działania wodolecznictwa (w ogólnem ujęciu) na zaburzenia psychonerwowe.

Zestawienie to zrobione jest z grubsza, nie jest ono i nie może być wyczerpującem, zaznacza tylko główne kontury, a ma za zadanie wykazać, jak ogromnie rozrosły się kierunki dawne i jak każdy postęp ogólnej wiedzy lekarskiej otwiera przed balneologją czyli wodolecznictwem nowe możliwości poszukiwań i nowe kierunki. Naodwrót też medycyna doświadczalna dużo zawdzięcza eksperymentom wodoleczniczym jako naogół mało skomplikowanym i zbliżonym do warunków potocznego życia ustroju.

I tak, podnieść należy, że pierwsze wodolecznictwo wykazało ogromną naogół ruchliwość obrazu krwi oraz ruchliwość wody w ustroju, ono też dawno znało antagonizm trzewiowo-obwodowy w zakresie krążenia krwi i przepuszczalności tkanek. Nowe też badania E. F. Müllera i Petersena, które tak słusznie skupiają dziś na siebie uwagę fizjologów, potwierdzają przedewszystkiem w całej osnowie prawo naczynio-ruchowe Dastre i Morata, jeden z teoretycznych kanonów starego wodolecznictwa. Przykładów takich możnaby przytoczyć dużo więcej, że wspomnę tylko zagadnienie wstrząsów kalorycznych.

Balneoterapja zaczyna też coraz obficiej korzystać z własnych prac eksperymentalnych. Zwolna zaczynamy stąpać coraz mniej poomacku. Nauczyliśmy się cenić działanie skąpych ilości jodu we wodach mineralnych, ilości którym — był czas — odmawiano wartości terapeutycznej. Zaczynamy rozumieć rolę soli potasowych, które dotychczas w omawianiu składników wód wstydliwie pomijano, nie mogąc nic dodatniego o nich powiedzieć. Kwestja ilości i ciepłoty wody mineralnej do picia roztrząsana jest na nowych podstawach, a wyniki badań nad ruchem składników krwi wyciągnęły z cienia np. sprawę balneoterapji cukrzycy. Mówiłem już o tak walnej zdobyczy, jak odczulanie różnych schorzeń allergicznych wodami alkalicznemi, a pominę dużo pomniejszych wskazówek leczniczych.

Oczywiście lwia część tych prac przeprowadzona została w klinikach i zakładach fizjoterapeutycznych uniwersyteckich, ale ostatnie lata dają rosnącą ilość prac z zakładów leczniczych zdrojowiskowych. Szczególnie uderza wielka ilość dobrych prac z sowieckich zakładów kąpielowych okręgu odeskiego i innych. Ile tu odegrało rolę wywłaszczenie przez rząd zakładów prywatnych i oddanie ich pod kierownictwo instytutów naukowych, a ile własne wkłady Państwa w budowę lecznic — uchyla się obecnie od oceny, pozostaje fakt, że Rosja szybko wysuwa się między przodownikami ruchu balneologicznego. Tem boleśniej odczuwa się nasze ubóstwo. Warsztatów naukowych balneologja polska wcale nie posiada. Odpowiednich do pracy szpitali zdrojowych, pojemnych i naukowo wyposażonych — niema (lecznica w Busku da zapewne początek temu ruchowi), niema też instytutów doświadczalno-leczniczych uniwersyteckich (w Rosji są kliniki fizjoterapeutyczne w Leningrodzie, Kazaniu, Odessie). Wszystko jest dopiero do zrobienia. Miejmy nadzieję, że w końcu świadomość tych potrzeb przyoblecze się w czyny twórcze.

Przedstawione powyżej badania, przeważnie analityczne, stanowią jednak tylko część programu, który ma być wykonany, są tylko cegiełkami, z których trzeba zbudować gmach rozumowanej balneologji i balneoterapji. Wszystkie te poznawane zjawiska nie tłumaczą jeszcze całości procesu zdrowienia ustroju. Coraz dziś dokładniej poznawane zjawisko dwufazowości odczynów uczy, że ustrój dąży do skompenzowania każdego odchylenia od pierwotnej równowagi wychyleniem w kierunku przeciwnym. Wychylenia te w ustroju zdrowym prowadzą do uzyskania z powrotem równowagi fizjologicznej. W ustroju chorym rzecz się ma odmiennie. Zachodzą tu trojakie możliwości. Albo pod wpływem bodźców leczniczych wychylenia z równowagi patologicznej kompenzują się wzajemnie i powraca stan patologiczny, albo wychylenia w kierunku stanu fizjologicznego przeważają i w ten sposób rownowaga przesuwa się w kierunku fizjologicznym albo też przeciwnie, wahania ujemne przeważają silniej i stan patologiczny się jeszcze pogarsza. W pierwszym przypadku leczenie jest bezskuteczne, w drugim pomyślne, w trzecim zaś wprost niepomyślne. Przykład z dziedziny patologji najlepiej te odmiany wyjaśnia. Obciążenie ustroju cukrem daje po okresie hiperglikemji okres hipoglikemiczny, wywołany przeciwdziałaniem wysepek trzustkowych

(Langerhansa). W ustroju zdrowym wraca potem poziom cukru krwi do normy, a obie fazy są mniej więcej równie silne. Przy chorobie Basedowa, w okresie pogarszania się sprawy i wychudzania, faza hiperglikemiczna po podaniu cukru jest bardzo silna, hipoglikemiczna zaś bardzo nikła. Odwrotnie jest w okresie poprawy tej choroby, gdzie faza hipoglikemiczna staje się coraz silniejsza i w końcu dorównywa fazie przeciwnej. Podobnie stwierdzamy dwufazowość koncentracji krwi pod wpływem pojenia ustroju. W warunkach prawidłowych po krótkiej fazie rozrzedzenia krwi, następuje również krótka faza zagęszczenia. U osobników ze schorzeniem wątroby lub nerek faza rozcieńczenia jest znacznie dłuższa i silniejsza. Anomalja ta zanika z poprawą zdrowia. — Obosieczność proteinoterapji jest dostatecznie znana podobnie jak forsownej balneoterapji.

Jakość wyników leczniczych zależy, jak widzimy, od okresu choroby, zależy też od doboru dawki, a w mniejszym stopniu i od innych okoliczności, jak pora dnia i roku, okres miesiączkowy, wiek chorego, dawniej przebyte choroby, które pozostawiły nieuchwytne nieraz zmiany w ustroju, pewne konstytucjonalne właściwości i t. d.

Każda metoda lecznicza daje korzystne wyniki tylko w pewnym odsetku przypadków. Obok wyników ujemnych są też przypadki bez rezultatu. Prawie każdy badacz ma inne odsetki wyników w tych trzech grupach, zaś nagłe spopularyzowanie się pewnej metody leczniczej daje potem zawsze doniesienia o licznych obserwacjach bezskuteczności lub szkodliwości — prosty wynik bezkrytycznego stosowania leczenia w przypadkach nieodpowiednich. Wszystkie działy przyrodo-lecznictwa mają w swej przeszłości takie właśnie okresy, obecnie przeżywamy taki okres w światłolecznictwie i djatermji. Pozatem jednak najstaranniejszy dobór dawek i przypadków leczonych nie wyklucza nigdy zawodów mniej lub więcej ciężkich i te właśnie przzpadki ujemne stają się obecnie przedmiotem coraz żywszych badań na całym froncie nauk terapeutycznych. Interes naukowy jak i praktyczny iest tu na równi silnym bodźcem.

Zjawisk odwrotnego wprost działania zabiegów balneoterapeutycznych wymienić można sporo, przypadki oporności na leczenie zdrojowo-kąpielowe nie są też rzadkie. Wystarczy wspomnieć, że samem piciem wody uzyskujemy nieraz wręcz odwrotne skutki. Zimna woda działa u jednych rozwalniająco na stolec, u drugich zatykająco, to samo można powiedzieć o wodzie gorącej. Kąpiel chłodna działa zwykle moczopędnie, ale bywają przypadki przeciwnego działania. Wody karlsbadzkie i marjenbadzkie, wywołujące zwykle biegunkę, działają nieraz zatykająco, ich działanie obchudzające nietylko nieraz zawodzi, ale zmienia się nawet na tuczące. Podobne zjawisko widuje się w Iwoniczu i Truskawcu. Znane są także niepomyślne wyniki leczenia zaburzeń krążenia krwi balneoterapją, pogarszanie się krwawień miesięcznych, już zbyt silnych, to znów zanikania miesiączki przy leczeniu nadmorskiem. Choroba Basedowa poprawia się lub pogarsza w leczeniu górskiem. W dermatologji działanie kąpieli jest tak kapryśne, że obecnie mało tych przypadków odwiedza zdrojowiska, a leczenie kąpielowe prowadzi się raczej po miastach pod kontrolą dermatologów. Najwięcej zależą tu wyniki od okresu schorzenia skóry, zjawisko, które, jak już powyżej wspomniałem, tak samo się zaznacza w odniesieniu i do innych narządów.

Nie ulega wątpliwości że t. zw. „reakcja" kąpielowa czy zdrojowa jest już nieco silniej zaznaczoną fazą ujemną w zjawisku dwufazowem i jest progiem poza którym zaczynają się już wyniki ujemne, ale dlaczego ten próg raz jest wysoki, to znów niski, a zwłaszcza dlaczego nieraz ustrój wogóle jest oporny — to stanowi jądro zagadnienia.

I w zakresie farmakoterapji do najbardziej badanych dziś zjawisk należy oporność na leki jak na insulinę, naparstnicę, tyreoidynę i t. d. Zjawiska odwrotnego działania w zależności od bardzo małych lub bardzo wielkich dawek zna farmakoterapja już oddawna.

Z punktu widzenia balneologji ciekawe spostrzeżenia nad uczulaniem ustroju na leki, np. solami potasu na działanie tyreoidyny lub solami wapnia na naparstnicę prowadzą do rewizji stosunku farmakoterapji do balneoterapji. Nietylko picie pewnych wód ale i kąpiele działają uczulająco wobec leków aptecznych, wobec czego rygorystyczne wyłączania lekowania z postępowania leczniczego w zdrojowiskach jest postulatem nierealnym.

W przeciwieństwie do badań analitycznych, o których mówiłem na początku, badania samego postępu leczenia balneologicznego i jego kaprysów i odmian jest i musi pozostać domeną uzdrowisk. One tylko dysponują ogromną ilością chorych, leczonych w podobny sposób wśród których anomalje i warjanty odczynów można znaleźć w odpowiedniej ilości.

Poza tą masowością eksperymentu zdrojowiska dysponują i innemi walorami, cennemi w nauce doświadczalnej. Otc w zdrojowiskach poszczególnych pojawiają się masowo tylko pewne typy chorobowe i to w pewnych okresach choroby (przeważnie nieostrych). Okres leczenia i obserwacji tych chorych jest zwykle dosyć długi (choć niestety nie zawsze), nieraz obserwacja powtarza się przez kilka lat z rzędu. Sezony lecznicze ogólnie przyjęte dają równe warunki klimatyczne wielkiej rzeszy pacjentów, odsunięcie od pracy zawodowej dotyczy również całej rzeszy, a swoboda życia, większa niż w zakładach zamkniętych usuwa możliwość zmian, które n. p. szpitalny pobyt wywołać może już przez samo skrępowanie swobody ruchów.

Tym zaletom przeciwstawiają się jednak dosyć znaczne uciążliwości, które prowadzenie badań w zdrojowiskach poważnie utrudniają. Pewne inowacje, które później zaproponuję, umożliwią jednak obejście wielu trudności. Otóż przedewszystkiem masowy napływ chorych z początkiem okresu leczniczego zmusza lekarzy do pracy pośpiesznej i nie daje czasu na pogłębianie badań poszczególnych przypadków. Lekarz zdrojowy prywatny rozporządza tylko całkiem skromną aparaturą do badań, zaś badania laboratoryjne są dla pacjenta czasem finansowo zbyt uciążliwe, zwłaszcza gdy się często powtarzają. W publicznych łazienkach i zakładach nie ma wogóle miejsca do badań. Zachowanie się wreszcie chorych bywa nieraz lekkomyślne w obec zarządzeń lekarza mało karne.

Modernizacja spostrzeżeń balneoterapeutycznych wymaga zmiany ustosunkowania się wobec zabiegów leczniczych. Tak zainteresowanie się lekarzy powinno pójść więcej w kierunku kontroli przypadków opornych i negatywnych, jak i leczący się powinni przyjść tu z pomocą. Najszybsze wyeliminowanie przypadków negatywnych (grożących pogorszeniem) jak i studjum przypadków opornych, które można innemi metodami doprowadzić do poprawy — oto wybitnie praktyczne ale też i naukowo ciekawe cele.

Nie ulega też wątpliwości, że także obserwacja przypadków pomyślnych może dać przy szczegółowej analizie przyczynki bardzo ciekawe dla nauki.

Taka szczegółowa obserwacja będzie jednak tylko możliwą przy przełożeniu znacznej jej części na samych chorych oraz na pracownie analityczne po zdrojowiskach, które za drobne serjowe badania pobierałyby odpowiednie, skromne opłaty.

Pacjenci zdrojowiskowi znajdują się w całkiem odmiennych warunkach niż leczący się w domu, mają mianowicie dużo wolnego czasu, podczas gdy tamci oddają się swym codziennym zajęciom. Małą część tego wolnego czasu mogą oni poświęcić obserwacji swego stanu, spisywanej codziennie wedle schematu ułożonego przez lekarzy zdrojowych. Służyłaby ona do szczegółowej orjentacji lekarza zdrojowego w obopólnym interesie chorego i lekarza. Taką współpracę trzebaby zacząć od lekarzy, którzy sami leczą się w zdrojowiskach. W historji medycyny autoobserwacje chorych lekarzy odgrywały zawsze najpoważniejszą rolę i z tego źródła zawsze najpilniej czerpać należy. Po lekarzach należy wymienić pacjentów z wykształceniem przyrodniczem i wogóle sfery wykształcone, zdolne zrozumieć wysoki cel takich zapisków i przejąć się pewnym zapałem dla takiej współpracy. Odpowiednia propaganda odczytowa i w czasopismach sezonowych dla kuracjuszy byłaby bardzo cwoeną.

Zapiski takie obejmować winny szczegółowe wywiady co do stanu zdrowia za cały ubiegły okres życia, rzecz nie do przeprowadzenia w czasie wizyty u lekarza. Brak na to i czasu i przygotowania ze strony chorego, który wiele ważnych szczegółów przypomni sobie dopiero w domu, pouczony pytaniami orjentującemi, które mu lekarz przy badaniu zadawał. Wywiady za okres ostatniej choroby, zwykle lepiej przez chorego opanowane, zwykle nie wystarczają dla ocenienia całego podłoża obecnego stanu.

Drugim działem zapisków chorego byłby spisywany codzień pamiętnik leczniczy wedle wskazówek i pouczeń lekarza. Wartość takiej kontroli codziennych zjawisk, choćby na pozór banalnych, jest niezawodnie wielka pod warunkiem, że obserwacja jest przedmiotowa i kreślona bez przerw przez cały czas leczenia. Obserwacja ta w rękach lekarza jest dużo więcej warta dla chorego niż krótka ustna relacja w czasie wizyty, oparta na zawodnej nieraz pamięci, pozwala też ona dużo pewniej rokować co do widoków leczenia i konieczności zmian w leczeniu.

Obserwacja taka obejmować winna różne zjawiska zależnie od typu zdrojowiska i rodzaju choroby. Przytoczone tu przykłady nie roszczą sobie praw do wyczerpania wszystkich tych

zagadnień, gdzie autoobserwacja inteligentnego chorego może być cenną i dotyczą tylko tych zagadnień, które dziś szczególną otoczone są uwagą.

Pierwszem takiem zagadnieniem jest ruch wody w ustroju. W zdrojowiskach francuskich popularne jest już dzisiaj wstępne kontrolowanie diurezy przez okres 4 godzin porannych w leżeniu przy piciu oznaczonej dawki wody mineralnej. Wskazówki tak uzyskane przy leczeniu hipertoników, osób chorych na wątrobę lub nerki, otyłych lub chudych są teoretycznie i praktycznie bardzo cenne, porównanie z takiemiż próbami przy spacerowaniu — bardzo celowe. Aparatura tych badań jest prosta, kilka naczyń kalibrowanych na dziesiątki cm³ urometr, papier lakmusowy i drukowane pouczenie — wszystko do wypożyczenia z laboratorjum zdrojowiskowego. Zmiany z dnia na dzień z postępem leczenia dają cenne wskazówki lecznicze. Badanie toru diurezy po kąpieli i toru całodobowego są potrzebnem nieraz uzupełnieniem tamtych spostrzeżeń.

Badania codzienne wagi chorego, wykonywane zawsze w równych warunkach, orjentują również co do ruchu wody w ustroju, gdyż zatrzymywanie lub utrata wody stanowi główny współczynnik tych wahań, a ważenie orjentuje też dobrze co do widoków na tuczenie lub ochudzenie, które z ruchem wody zwykle ściśle jest sprzężone.

Łączy się z tem badanie zjawisk łaknienia, a więc potęgowanie się lub znikanie łaknienia po dawkach wody mineralnej lub po kąpielach, zmiany co do dobowej fali łaknienia, zmiany wybiórcze, jak np. wstręt do tłuszczów, jarzyn i t. p. To samo odnosi się do uczucia pragnienia.

Zmiany co do snu — rejestrowane codziennie wykażą poprawę stanu bezsenności lub też przeciwnie stanu patologicznej senności po zabiegach wodoleczniczych, senność doraźną, po zabiegu, zmiany co do okresowości snu (typ wieczorny i poranny), uczucie pokrzepienia lub zmęczenia po śnie, wpływ na senność trawienną i t. d.

Nietrudne będą też badania wahań ciepłoty w ciągu doby przy wpływie zabiegów leczniczych, badanie tętna, które i tak wielu chorych samorzutnie robi w ciągu dnia, rejestracja wypróżnień i ich wyglądu a nawet oddziaływania na papierek lakmusowy.

Na koniec cennemi będą wszelkie spostrzeżenia co do odczynów ogniskowych w narządach aktualnie chorych lub też dawniej schorzałych. Przy dokładnem śledzeniu sprawy okazuje się bowiem, że czas trwania ukrytej nadwrażliwości jest dużo dłuższy niż dotychczas przypuszczaliśmy.

Do tych autoobserwacyj dodać należy w razie potrzeby codzienne pomiary ciśnienia krwi, wykonywane zawsze w tych samych warunkach i porze dnia w laboratorjum zdrojowiskowem, badania na odczyn Aldricha w skórze, dający nam pojęcie o t. zw. „pogotowiu obrzękowem" u chorego, badania przemiany gazowej i t. d.

Pracownie analityczne mają tu wdzięczne pole do pracy, a niskie opłaty mogą ruch chorych badanych tamże podnieść dziesięciokrotnie z obopólną korzyścią.

Niezbędnem wreszcie uzupełnieniem będzie łazienka doświadczalna na wzór zakładów zachodnio-europejskich, wyposażona dostatnio w aparaty badawcze i dostępna każdemu lekarzowi zdrojowemu, obeznanemu z nową naukową aparaturą. Oczywiście znalazłyby się tam przypadki rzeczywiście godne badań ze względów naukowych, lub ze względu na niejasność przypadku.

W ten sposób zebrany materjał stanowić będzie prawie to wszystko, co dobra historja choroby w zakładzie leczniczym zawiera. Oczywiście, że w dzienniczku muszą zawierać się zapiski co do wszystkich zabiegów leczniczych w dniu, dalej co do pory i składu codziennych posiłków, pory i celu spacerów, przypadkowych zaburzeń trybu leczenia — słowem to wszystko, co się na życiu potocznem odbija. Zapiski własne lekarza i ewentualne późniejsze wiadomości o stanie zdrowia po powrocie do domu dają już wtedy całość zdatną do opracowania naukowego.

Jeśliby tylko ciekawsze i trudniejsze przypadki tak były obserwowane, to już uzyskałaby dzisiejsza balneologja ogromny materjał do publikacji i do badań kontrolnych po klinikach, a niezawodnie wiele przypadków na pozór banalnych, dopiero w takiem oświetleniu wykazałoby wielką naukową wartość.

Wartość dobrze spostrzeganego eksperymentu jest nieprzemijająca, efemerycznym okazuje się tylko nieraz nasz sposób tłumaczenia sobie eksperymentu. Z tego punktu widzenia gromadzenie dobrze spostrzeganych eksperymentów, a są niemi przecież wszystkie nasze zabiegi i wysiłki lecznicze — ma trwałą nieposlednią wartość. I tu wrócić muszę do tego, o czem już przedtem wspomniałem, do starych balneologicznych publikacyj.

Niezawodnie zawierają one nieraz plewy reklamiarskie, powtarzania, klecionki niezdarnych teoryj, wierne odbicia współczesnych spekulacyj teoretycznych, ale też mieszczą się tam nieraz rzeczy tak kapitalne co do pomysłu i ścisłości obserwacji, niezamąconej żadnym apriorystycznym aksjomatem, że przeszukiwanie tej literatury każdemu eksperymentalnie pracującemu lekarzowi scwicić się opłaci. W świetle dzisiejszej wiedzy i przy dzisiejszej aparaturze naukowej niejedno z tych spostrzeżeń da się rozwinąć w owocną pracę naukową, że wspomnę tylko o zrodzonej z takich spostrzeżeń nauce o uodpornianiu ustroju wodami alkalicznemi lub o niezmiernie dla nas dziś ciekawych pracach z przed lat 40 nad wpływem mięsienia na cukrzycę.

Dodać należy, że wiele spostrzeżeń dawnych balneologów stało się przedmiotem ponownego odkrycia po wielu latach zapomnienia wskutek lekceważenia literatury balneologicznej.

Zwrócić uwagę na te dawne wartości leżące przeważnie odłogiem i zachęcić do zbierania nowych, mimo całą trudność tej pracy w dzisiejszych naszych warunkach — było celem tych uwag.

SPRAWOZDANIA Z KAZUISTYKI I SPOSOBÓW LECZENIA.

Aleksander FREYD. Asystent kliniki. Warszawa.

Przypadek czystej postaci aspergillozy płuc wyleczonej jodem.

Z Kliniki Lekarskiej Uniwersytetu Paryskiego. Dyrektor: Prof: F: Widal:

Przypadek, opisany poniżej, jest ciekawy i pouczający z dwóch względów: po pierwsze daje o jeden argument więcej zwolennikom teorji, głoszącej możliwość istnienia czystej postaci aspergillozy płuc, nie powikłanej gruźlicą, po drugie stwierdza nadzwyczajną skuteczność umiejętnie stosowanej terapji jodowej.

Pierwsze spostrzeżenia kliniczne nad aspergillozą płuc sięgają połowy zeszłego stulecia (Dusch i Pagenstecher, Figueira). W roku 1890 Dieulafoy, Chantemesse i Widal (Kongres Berliński) opisali pierwsze przypadki czystych (pierwotnych) postaci aspergillozy. Renon poświęcił schorzeniu temu pracę swą (1897), która do dziś jest najbardziej źródłową i najbardziej szczegółową monografją na ten temat.

Bardzo wiele cennych szczegółów znaleźliśmy również w polskiej rozprawie Ciąglińskiego (1889).

W ciągu ostatnich lat kilkudziesięciu aspergillozą zajmowano się bardzo mało, uważając ją zawsze za chorobę niezmiernie rzadką. Omal, że jednocześnie z nami (29. I. 1926) — Macaigne i Nicaud w swym komunikacie do Société Médicale des Hôpitaux opisali ciekawy przypadek czystej asperglikozy płuc (rozpoznanej na sekcji).

W przypadkach, opisanych dotychczas, na aspergillozę zapadali przeważnie osobnicy mający kontakt z gołębiami, (gołębie tuczy się trzymając w ustach ziarnka, bardzo często pokryte zarodnikami aspergillus fumigatus) lub z włosiem końskiem, n. p. stajenni i rzemieślnicy, zajmujący się wyrobem przedmiotów z włosia.

W ogromnej większości przypadków aspergilloza była zakażeniem wtórnem, przyczem prawie zawsze można było wykazać tło pierwotne n. p. gruźlicę, przewlekłe zapalenia oskrzeli, rozstrzenie oskrzeli, rak płuca lub zawał. Mieliśmy więc zwykle do czynienia z zakażeniem końcowem, zwiastującem rychłe zejście śmiertelne.

W ostatnich czasach mieliśmy okazję i możność spostrzegania czystej aspergillozy płuc, przypominającej przypadki, opisane przez Dieulafoy—Chantemmesse-Widala, Potain'a, Renon'a, Gaucher'a i Sergent'a: przebieg kliniczny naszego przypadku, długi czas trwania schorzenia, podczas którego chora była traktowana jako gruźliczka (tbc. cavernosa), motywy, które skłoniły nas do myślenia, o możliwości istnienia grzybicy, argumenty, które potwierdziły rozpoznanie, a przedewszystkiem nadzwyczajna skuteczność terapji jodowej (szczególnie zastrzyków lipjodolu) — wszystko to są szczegóły, dzięki którym obserwacja nasza może stanowić dość ciekawy przypadek.

Pani L., lat 56, była uważana od 30 roku życia za gruźliczkę. Lekarze specjaliści stale rozpoznawali u niej podostrą postać gru

źlicy z jamami w szczycie prawym i ze zmianami łącznotkankowemi w całem prawem płucu.

W dzieciństwie nigdy jakoby nie chorowała. Cierpiała tylko zawsze na częste nieżyty nosa. Perjody zjawiają się w szesnastym roku życia, prawie zawsze nieregularne, bardzo obfite, trwające zwykle do 8 dni. Climacterium ze wszystkiemi banalnemi zespołami — od lipca 1925 r.

Od 18-go do 23-go roku życia, chora zajmuje się specjalnie prowadzeniem hodowli gołębi w majątku swego ojca. Na fakt ten zwracamy szczególną uwagę. W 20-tym roku życia, przechodzi dość ciężką odrę, powikłaną niedokrewnością i pewnemi objawami oskrzelowo-płucnemi które zresztą po pewnym czasie ustępują.

Zamąż wychodzi w 21 roku życia a dopiero w 30-tym roku poraz pierwszy zaczyna się skarżyć na męczący kaszel, obfitą plwocinę i na bóle w plecach w okolicach podłopatkowych. Wezwany lekarz miał stwierdzić objawy ogniska zapalnego (foyer de congestion pulmonaire) i zmiany w gruczołach tchawiczno-oskrzelowych.

Rodziła 4 razy, dzieci zdrowe i donoszone; nigdy nie zdradzały najmniejszych objawów gruźlicy.

W rok po czwartem dziecku, zapadła na zapalenie opłucnej z płynem, z ciepłotą dochodzącą do 38°. Nakłucia próbnego nie robiono. Choroba trwała około miesiąca, płyn się wessał sam, poczem chora przeprowadziła prawie roczne leczenie klimatyczne z doskonałym wynikiem.

Po pewnym czasie chora zachodzi w ciążę po raz piąty, lecz w drugim miesiącu ciążę sztucznie przerwano z polecenia lekarzy, którzy się obawiali obostrzenia rzekomej sprawy gruźliczej.

W 1 — 1½ roku potem ponawiają się objawy płucne; chora kaszle coraz częściej, lecz w tym czasie kaszel jest suchy, a plwocina śluzowa odchodzi w minimalnych ilościach.

W 46-ym roku życia kaszel staje się coraz uporczywszy, a plwocina niezmiernie obfita; według opowiadania chorej sprawa zaczyna przypominać rozstrzeń oskrzeli. Jednocześnie wzmaga się ogólne osłabienie i objawy niedokrewności. Chora wyjeżdża na sześcio-miesięczną kurację do Mentony, co dość dodatnio wpływa na jej stan ogólny.

W 48-ym roku życia, przy względnie dobrym stanie ogólnym, miał miejsce krwotok płucny, po którym chora przeprowadza raz jeszcze kurację „przeciwgruźliczą".

W roku 1924-ym, wskutek trwającego czas pewien podniesienia ciepłoty, zostaje wysłana przez lekarzy do Cambo na kilka miesięcy. Pobyt w Cambo nie wpływa jednak dodatnio na stan zdrowia.

W tym czasie plwocina zmienia wygląd: traci swój charakter ropny, staje się bardziej pienista, śluzowa, układa się w naczyniu szklannem w kilka warstw, jest mniej obfita, ilość jej nie przekracza 20 — 25 g na dobę.

Ciepłota ciała waha się między 37 a 38°. Duszność nasila się. Bardzo często w plwocinie widać żyłki krwi, osłabienie wzmaga się do tego stopnia, że chora nie może wykonywać najmniejszych robót gospodarskich i nie opuszcza zupełnie fotela.

W tym stanie zgłasza się do nas. Znajdujemy chorą bardzo wychudzoną, powłoki skórne blade; stan bezgorączkowy; przewód pokarmowy, serce, krążenie, nerki, system nerwowy i gruczołowy poważniejszych zmian patologicznych nie wykazują. Wymiary serca bardzo nieznacznie powiększone, mimo pewnego obniżenia uderzenia koniuszkowego. Nie znajdujemy szmerów, ani „bruit de galop", ani objawów rozszerzenia aorty. Ciśnienie krwi: mx — 14, mm — 8, (aparatem Vaquez- Laubry).

Klatka piersiowa bez zniekształceń, gruczołki chłonne szyjne i nadobojczykowe niemacalne. Wypukiem stwierdzamy: od tyłu bardzo wyraźne stłumienie nad prawym dołem na dwa palce poniżej grzebienia i stłumienie nad lewą wnęką: z przodu lekkie przytłumienie po prawej stronie, poniżej obojczyka.

Osłuchowo znajdujemy znaczne zmiany. Z tyłu, po prawej stronie, w okolicy stłumienia, wydech wydłużony miejscami chuchający, słychać wyraźnie, zwłaszcza po kaszlu, dość liczne rzężenia, dźwięczne o odcieniu metalicznym i trzeszczenia.

Plwocina obfita, niezależnie od warunków zmieniająca co parę tygodni swój charakter (naprzemian — ropna, śluzoworopna, lub śluzowa). Jedenaście badań drobnowidowych, wykonywanych co 1—2 tygodnie, nie wykryło nigdy prątków Kocha. Zawiesina plwociny zastrzyknięta dwukrotnie śwince morskiej nie wywołała zmian gruźliczych.

Objawy jamowe, nie współrzędne ze stanem ogólnym, stała nieobecność prątków Kocha w plwocinie, ujemny wynik inokulacji, wygląd i charakter plwociny — wszystko to przemawiało przeciw możliwości schorzenia gruźliczego. Wygląd plwociny nie wskazywał również możliwości rozstrzeni oskrzeli. Pozatem badanie mikroskopowe szeregu preparatów plwociny wykazało obecność tworów, przypominających spory. Wszystko to skierowało naszą myśl w kierunku rozpoznania grzybicy płuc i chorą skierowałem (w lutym 1925) do naszej kliniki (Prof. Widal'a), celem przeprowadzenia badań systematycznych.

Rozpoczęliśmy od wykonania odczynu surowiczego według sposobu Widal-Abrami-Joltrain. Mieliśmy do dyspozycji hodowle sporotrichum Beurmani. Zdrapaną w roztworze fizjologicznym hodowlę przesączyliśmy przez uprzednio zwilżony filtr Chardin'a otrzymując emulsję spor, nie zawierającą grzybni.

Surowica chorej nie aglutynowała tych spor. Próbowaliśmy również odczynu aglutynacyjnego z hodowlą saccharomyces — z wynikiem ujemnym. To samo powtórzyło sie z odczynem wiązania dopełniacza, z hodowlą sporotrychum jako antygenem.

Jak już wspomnieliśmy badanie mikroskopowe tej plwociny wykazało poza florą banalną (z przewagą pneumokoków) twory przypominające spory.

Wobec tego zrobiliśmy posiew plwociny na pożywce Sabouraud. Jedną probówkę wstawiliśmy do cieplarki drugą pozostawiliśmy w temperaturze pracowni. Po paru dniach w obydwóch wyrosły hodowle, z początku białawe, potem zielonkawe, wreszcie zielone z odcieniem niebieskawym. Badanie drobnowidowe wykazało liczne nici i zarodniki, z których bardzo wiele było osadzonych na maczugowato zgrubiałych gałązkach, promienisto się rozchodzących.

Wszystkie te cechy morfologiczne i histologiczne skłoniły nas do rozpoznania grzyba — „aspergillus fumigatus".

Należało jeszcze dowieść, że był to właściwy czynnik chorobowy, a nie wtórna infekcja.

W dalszych badaniach laboratoryjnych, nie mogliśmy wykazać odczynu zlepiania się zarodników aspergillus'a z surowicą chorej, natomiast wykonaliśmy odczyn wiązania dopełniacza z wynikiem dodatnim, pozatem po powtórnem posianiu plwociny znaleźliśmy ten sam aspergillus fumigatus.

O ile możliwość istnienia procesu gruźliczego wydawała się coraz bardziej problematyczną, ze względu na bardzo przewlekłą ewolucję z względnie dobrze zachowanym stanem ogólnym i ze względu na ujemny wynik szeregu badań na prątki Kocha, należało jednak myśleć jeszcze o kile i o rozstrzeni oskrzeli.

Odczyn Bordet-Wassermanna i odczyn skłaczania Vernes'a dały wynik bezwzględnie ujemny.

Badanie krwi (morfotyczne) nie wykazywało ani leukocytozy obojętnochłonnej, ani ciałek kwasochłonnych.

Wynik badania był następujący: Ciałek czerwonych 4,200.000 Ciałek białych 8.400. Hemoglobiny 78% (Sahli). Wielojądrzastych obojętnochłonnych 64%. Monocytów i przejściowych 4%. Limfocytów 32%.

Badanie radiologiczne płuc, opłucnej i serca — dało obraz przypominający gruźlicę płuc: widoczne było zaciemnienie prawego szczytu w jego dolnej części, a pod prawym obojczykiem rzucała się w oczy ciemna masa, zaokrąglona, rozprzestrzeniająca się aż do dolnego brzegu płata. Pozatem zauważyć było można w górnej i środkowej części prawego płata środkowego ciemną masę, również zaokrągloną nie posiadającą cech mas gruczołowych, należącą prawdopodobnie do tkanki płucnej.

Dół prawego płuca jasny, zatoki żebrowo-przeponowe rozjaśniały się prawidłowo, natomiast przepona wydawała się ograniczoną w swoich ruchach, jak to sie często widzi po zapaleniach opłucnej, również serce przyciągnięte nieco na prawo.

Po stronie lewej szczyt rozjaśnia się prawidłowo, ale w okolicy podobojczykowej widzimy również cień zaokrąglony (podobnie jak po stronie prawej); pozatem liczne małe gruczołki zwapniałe w okolicy wnęki i dwie niewielkie masy nieprzejrzyste, tętniące (tętnienie robiło wrażenie udzielonego) których nie mogliśmy uznać za rozszerzone oskrzela. Serce nieco powiększone, uderzenie koniuszkowe opuszczone, pozycja skośna naprzód i na prawo; rysunek tętnicy głównej prawidłowy, tętnica sama nie rozszerzona widać natomiast wyraźnie szereg czarnych plamek w śródpiersiu tylnem na wysokości wnęki i ponad rozdwojeniem oskrzeli głównych. Reszta śródpiersia zmian patologicznych nie wykazuje.

Upewniwszy się co do rozpoznania, postanowiliśmy bezzwłocznie zastosować leczenie, omal, że specyficzne w przypadkach niektórych grzybic — mianowicie jod.

Zaczęliśmy podawać chorej natrium jodatum, początkowo w średnich dawkach, aby dojść po kilkunastu dniach do trzech gramów dziennie. Kuracja trwała ze zwykłemi przerwami w ciągu miesięcy marca, kwietnia, maja i czerwca 1925 roku. Poczem wskutek objawów nietolerancji trzeba było je przerwać na pewien czas.

W sierpniu i wrześniu chora bierze jodon Robin'a, który nie powoduje już najmniejszych zaburzeń. Wreszcie w październiku

chora otrzymuje serję 10-ciu zastrzyków domięśniowych lipiodolu Lafay'a.

Bezpośrednio potem stan ogólny chorej zmienia się nie do poznania; kaszel i plwocina znikają, siły powracają, na wadze przybywa, powraca euforja. Sprawdziliśmy to po raz drugi 20 grudnia 1925 roku w Hôpital Cochin. Chora przyszła do naszego szpitala (przeszło 7 kilometrów) pieszo, zaś wygląd jej poprostu nas zdumiał. Cera zdrowa, ciała wyraźnie przybyło, nie kaszle ani nie pluje, ciepłota normalna, przyczem chora przyznała się nam, że od dwóch miesięcy pracuje dość ciężko przy gospodarstwie domowem, czego nie mogła robić od lat wielu.

Badaniem fizykalnem stwierdzamy jeszcze przytłumienie po prawej stronie i kilka drobniutkich trzeszczeń, niema natomiast zupełnie objawów jamowych.

Radjografja wykazuje jeszcze ciemne plamy w okolicach wnęk z obydwóch stron, jednak mniej rozległe niż podczas poprzednich badań.

Mimo najlepszych chęci, chora nie mogła nam dać nawet najmniejszych ilości plwociny do przeprowadzenia badań.

Od tego czasu chora przeprowadziła kilkakrotnie obostrzenie się sprawy płucnej z lekką gorączką w ciągu 1—3 dni i z objawami bronchitu. Obostrzenia te traktowane były przez nas jako grypowe, przyczem powtarzane za każdym razem badania na prątki Kocha dawały zawsze wyniki ujemne, podczas gdy posiew wykazywał jednak zawsze obecność *aspergillus fumigatus*.

Próbowaliśmy również z pomocą dr. Albert'a, specjalisty laryngologa, zastosować u naszej chorej wlewanie wewnątrzoskrzelowe lipjodolu dla celów rozpoznawczych i leczniczych jednocześnie. Niestety chora odpluła całkowitą dawkę lipjodolu w napadzie spazmatycznego kaszlu i w żaden sposób nie chciała się poddać ponownej próbie.

Tak wyglądają fakty.

Mamy więc do czynienia z aspergillozą płuc, prawdopodobnie pierwotną, w czasie trwania której nie można było nigdy wykazać obecności prątków Kocha

Chora jest w dalszym ciągu pod naszą opieką, systematycznie badana i prześwietlana w 2—3 miesięcznych okresach czasu.

Nieomieszkamy, po zebraniu dalszych materjałów, podzielić się swemi spostrzeżeniami.

Nie mógłbym zakończyć bez wyrażenia mojej najgłębszej wdzięczności Doktorowi Edwardowi Joltrain, szefowi laboratorjów kliniki profesora Widal'a, który służył mi zawsze swą cenną radą i pomocą moich badań.

Piśmiennictwo.

Friedreich: Fall von Pneumonomycosis aspergillina. Virch. Arch. Bd. 10, 1856, p. 510. — Von Dusch u. Pagenstecher: Fall von Pneumomycosis (Asperg. pulmonum hominis). Arch. f. pat. anat. Berlin 1856, XI, 561—566. — Figueira: Planta cryptogamica da classe dos cogumelos de genero aspergillus especie glaucus no pulmamo humano. J. Soc. d. sc. med de Lisbonna 1862, XXVI, 361—372. — Gluge et d'Udekem: De quelques parasites végétaux etc. Bruxelles: Annales de med: vete 1858, p. 362. — Conheim: Zwei Fälle von Mykosis der Lungen. Virch. Arch. Bd. 33, 1865, p. 157. — Stieda: Ueber Pneumonomycosis aseperg. bei Vögeln. Virch Arch Bd. 36, 1866. — Rother: Ein Fall von geheilter Pneumomycosis Asperg. Charité Annalen. Berlin 1877. IV, 272—277. — Weichselbaum: Eine Beobachtung von Pneumomyc. asperg. Wien. Med. Woch. 1878, XXVIII. 1289. — Siebenmann: Die Fadenpilze — Asperg: flavus, niger u. fumigatus. Wiesbaden 1883. — Schubert: Zur Casuistik der Asperg. Mycosen Deutsch. Archiv f. Klin. Med. Bd. 36, 1885, p. 162. — Popow: Słuczaj Mycosis Aspergil. bronchopneumonica. Warszawa 1887. — Ciągliński Adam. K uczeniu o plesniewych mikozach. Warszawa 1889. — Dieulafoy-Chantemesse-Widal: Une pseudo-tuberculose mycosique. Congrès de Berlin 1890. — Mielnikow-Razwiednikow: Pneumomycosis. Med. Obozrenie. Moskwa 1890,s. 433. — Kohn: Ein Fall vom Pneumomyc. D. Med. Woch. 1893, T. XIX, S. 1332. — Obici: Soc. Med. chir a Bologna 1896. P. 31. — Leopold-Levy: Gazette des Hôpitaux: 1897, p. 121. — Renon: Etude sur l'Aspergillose. Masson 1897. — Saxer: Pneumomyc. asp. antom.: u. exper. Untersuchung. Jena 1900. — Pearson and Ravenel: A case of pneumomyc. due to the aspergillus fumigatus. Proc. Path.-Soc. Philadelphia 1900, T: III. 241. — Hochheim: Ein Beitrag zur Casuistik der Pneumomyc. asperg. Arch. z. Pat. Anat Berlin 1902. T. 169, s. 163. — Von Ritter: Zur Cas. der Pneumomyc. asperg. hom. Prager med: Wochen, 1902, T. XXVII, s. 3. — Bosin: Beitrag z. Aspergillusmycose der menschlichen Lungen. Königsberg 1902. — Nakayma: Pneumomyc: asperg. hominis. Zeit. f. Heilkunde, 1903, T. XXIV, 348. — Bocardnini: Gaz. des h. Milano 1906. Aspergillosa pulmonara acuta primativa. — Holden: A casse of pulmonary and glandulary aspergillosis. Tr. Amer. Climat. et Clin. Assos. Philadelphia 1915, XXXI, 97. — Manson: Les mycoses pulmonaires Revue de Med. de Paris 1921. p. 253. Menetrel et Creuze: Le Moniteur médical 7. XI. 1922. — Macaigne et Nicaud: Société Médicale des Hôpitaux: 29. I. 1926. — Gaucher et Sergent Un cas de tuberc. aspergill. simple. Soc. méd. des Hôp. 6. VII. 1894. — Potain: Un cas de tuberc: aspergill. Union med. 1891. p. 449.

Dr. M. GOLDGERG. Suwałki.

O jednem z zejść fatalnych róży twarzy — ślepota wskutek zaniku nerwów wzrokowych.

Na początku 1922 roku był do mnie dostarczony mężczyzna w wieku lat 50, włościanin, który stracił wzrok przed półtora miesiącami w następstwie przebytej dopiero co róży twarzy. W przebiegu choroby był znaczny obrzęk powiek górnych, które zakryły oczy. Kiedy zaś obrzęk znikł i chory powoli otworzył oczy, wzrok był stracony. Nastąpiło to w 10—12 dni od początku choroby. Badanie oczu wykazało: zewnętrznie gałki oczne żadnych zmian chorobowych nie wykazują, źrenice są szerokie, na światło nie oddziaływują, siłła widzenia —0. Badanie oftalmoskopijne wykazuje: środki optyczne, a więc rogówka, ciecz wodna, soczewka i ciało szkliste są przeźroczyste: dno oka: na prawym oku tarcza nerwu wzrokowego ma kolor blado-szaro-mętny, tętnice zwężone, brzegi tarczy niewyraźnie odgraniczone, zarysy tarczy zacierają się. Na lewym oku tarcza nerwu wzrokowego ma kolor blado-porcelanowy, tętnice wąskie, brzegi tarczy wyraźnie odgraniczone; a więc na prawym oku mamy obraz zapalenia nerwu wzrokowego w zakresie przejścia do zaniku, a na lewym mamy już zakończony obraz zaniku nerwu wzrokowego. Muszę nadmienić, że według opowiadań chorego wzrok oka lewego znikł wcześniej.

W styczniu 1923 r. obserwowałem mężczyznę lat 35, konduktora kolejowego, który stracił wzrok na prawym oku w następstwie przebytej przed kilku tygodniami róży twarzy. Badanie wykazuje co następuje: na górnym obwodzie oczodołu prawego w jego środku znajduje się otwór, który prowadzi wgłąb oczodołu wzdłuż jego górnej ściany — przetoka.

Zgłębnik wprowadzony opiero się o górną ściane oczodołu. Badanie oka wykazuje: zewnętrznie oko jest normalne, źrenica trochę rozszerzona, na światło nie reaguje, uczucia światła niema. Dno oka: tarcza nerwu wzrokowego blado-różowa, mętna, zarysy tarczy zacierają się t. j. mamy stan zapalny nerwu wzrokowego.

Ten drugi przypadek objaśnia nam podstawę anatomo-patologiczną danego cierpienia: proces chorobliwy (róża) zajął skórę i tkankę podskórną powieki górnej, skąd przerzucił się na okostną górnej ściany oczodołu i doszedł do otworu wzrokowego *(foramen opticum)*. Okostna otworu optycznego nabrzmiała, wywołała ucisk i stan zapalny nerwu wzrokowego. W pewnych przypadkach ten stan zapalny kończy się zanikiem nerwu wzrokowego.

Więc teraz nasuwa się nam poważne pytanie: jak zapobiec takiej ewentualności, jak mamy leczyć różę twarzy?

Nie będziemy nadawać duża wartość leczniczą tym szablonowym lekom w rodzaju rozmaitych maści czy z ichtyolem, czy to z thigenolem i mnóstwem innych leków lub pędzlowania obwodu procesu zapalnego jodyną, kolodjum, zimnym okładom, lub stosowaniu lepkiego plastra, ściągającego obwód ogniska zapalnego i w taki sposób wstrzymującego dalszy rozwój procesu. Wszak skuteczność tych wszystkich środków jest wątpliwa i problematyczna.

Ażeby racjonalnie leczyć, musimy się zwrócić do momentów przyczynowych, do zarazka paciorkowcowego. Fehleisen jeszcze w roku 1882 wykazał zależność róży od paciorkowców, które przez drobną rankę skóry dostają się drogą przewodów limfatycznych do tkanki podskórnej, gdzie wywołują procesy zapalne i ropne w tkankach przyległych. A więc będziemy walczyć przeciwko momentowi przyczynowemu zastosowaniem surowicy przeciwpaciorkowcowej.

Pod tym względem mam szereg obserwacji, które datują się od ostatnich lat przed wojną światową. Te wypadki obserwowałem w szpitalu ziemskiem w Pińsku, gdzie wtenczas pracowałem i gdzie co rok miało się stale chorych na róże około 12—15 wypadków. Nie była to róża chirurgiczna, t. j. róża po operacjach, a tak zwana róża idjopatyczna — róża twarzy i rozmaitych części ciała. Zaczęliśmy stosować surowicę przeciwkopaciorkowcową wielowartościową. Surowicę sprowadzało się z Warszawy, zdaje się z instytutu Palmirskiego, i zastrzykiwało się na raz zawartość jednego flakonu t. j. 10 ccm. I otóż są wyniki leczenia: temperatura jak ranna tak i wieczorna następnego dnia po zastrzyku znacznie spadała, na 1^0, $1,5^0$ stopni i do 39^0 wieczorem prawie nie sięgała, stan chorego polepszył się, wszystkie objawy przedmiotowe, a więc tętno, oddech, zaczerwienienie skóry zmniejszały sie. Zastrzykiwania były stosowane przez dzień

i zwykle po trzech zastrzykach temperatura spadała do normy i więcej się nie podnosiła, powrotów nie było.

Pierwszy rok wojny dał nam sposobność obserwacyj że tak powiem kontrolnych. Surowicę zdobyć było trudno, więc trzeba było obejść się bez niej. Wyniki leczenia były zupełnie odmienne. Co prawda, zejść śmiertelnych nie było, ale choroba miała przebieg bardzo poważny i ciężki. Gorączka trwała około dni 11—14, ogólny stan chorego był ciężki, proces zapalny co raz dalej się rozszerzał, po pewnym okresie bezgorączkowym, gorączka wznawiała się, jednem słowem, w porównaniu z poprzedniemi wypadkami, leczonemi zapomocą surowicy, otrzymało się wrażenie takie, że w procesie leczniczym brak czynnika, który dodatnio wpłynąłby na proces chorobowy, skracając jego przebieg.

Więc ja stawiam taki postulat: we wszystkich wypadkach róży twarzy, gdzie proces chorobowy zajmuje powiekę górną, wywołując znaczny jej obrzęk, niezbędne jest stosowanie surowicy przeciwpaciorkowcowej.

Docent Dr. Marcin ZIELIŃSKI. Kraków.

Lecznictwo Krynicy w zakresie układu nerwowego.

(Wykład wygłoszony na II Zjeździe lekarzy w Krynicy dnia 1 października 1927).

Na rozwoju dzisiejszej neurologji wycisnęły wybitne piętno badania nad układem wegetatywnym. Myśli rzucone przez Hessa i Eppingera, którzy starali się wyróżnić pośród czynności tego układu zespół sympatykotoniczny i vagotoniczny, pobudziły licznych badaczy do śledzenia niezwykłej różnorodności odczynów wegetatywnych na rozmaite czynniki (podniety farmakologiczne, cieplne, mechaniczne). Niemałą rolę w tem podkreśleniu ważności badań nad układem wegetatywnym odegrało pojawienie się z końcem wielkiej wojny nowej choroby mózgu, która w swojej niezwykle bogatej symptomatologji pozwoliła poznać bliżej i wyodrębnić układ jąder podkorowych t. zw. system pozapiramidowy. Bliski związek tego układu pozapiramidowego, obejmującego nadzwyczajnie obszerną grupę zespołów ruchowych, t. zw. mimowolnych, ruchów wyrazowych itd. a temsamem całą dziedzinę ekspresji naszego życia uczuciowego, z czynnościami układu wegetatywnego i jego obrazami patoklinicznemi nie ulega żadnej wątpliwości. Tak więc w świetle badań zapoczątkowanych przez Hessa i Eppingera nad zespołami klinicznemi w schorzeniach klinicznych i anatomopatologicznych z dziedziny układu pozapyramidowego, które pozwoliła nam nagromadzić epidemja śpiączkowego zapalenia mózgu, ukształtowały się nowe pojęcia neurologiczne, dotyczące nerwic i stanów wyczerpania układu nerwowego. Stare pojęcie histerji jako schorzenia o podkładzie wyobrażeniowym i suggestywnym, podtrzymywana przez Babińskiego, zaczyna się zachwiewać wobec spostrzeżenia łudząco podobnych zespołów klinicznych w przebiegu *encephalitis lethargica*. Symptomatologja ataku histerycznego zdaje się zdobywać z pomocą tych obserwacyj uzasadnienie swojej prawidłowości w związanych z pewnemi stanami psychicznemi mechanizmach podkorowych (Pieńkowski). Rozliczne senzacje i występujące wraz z niemi lęki i niepokoje w obrazie nerwic narządowych i ogólnych stanów neurastenicznych i psychastenicznych, cyklicznych zaburzeń wzruszeniowości w psychozie maniakalno-depresyjnej, stanów lękowych w grupie schorzeń schizofrenicznych itd. znajdują dziś podłoże organiczne i wyjaśnienie kliniczne w aparacie czuciowym układu wegetatywnego. Aparat ten, którego niezależność od senzytywnej części układu pyramidowego nie jest jeszcze ustalona, zawiadując równolegle ze specyficzną innerwacją ruchową poszczególnych odcinków układu wegetatywnego, czynnością narządów wewnętrznych, tworzy podstawę dla obrazów naszego samopoczucia i usposobienia. Cała ta masa wrażeń i impulsów ruchowych powstających w naszych trzewiach przebiega w stanach normalnych poniżej progu naszej świadomości, składając się jedynie na jakość ogólnego podłoża uczuciowego. W stanach chorobowych zjawiają się nagle w polu naszej świadomości niezwykle senzacje o najrozmaitszem nasileniu i najrozmaitszej lokalizacji jako źródło znanego nam bogactwa objawów czynnościowej nerwicy.

Zmiany naczynioruchowe i zaburzenia w układzie krążenia, które bywają stałym towarzyszem wzruszeniowym przejawów naszej psyche, wydobywają się na pierwszy plan funkcjonalnych zespołów nerwowych i stanowią zarazem główny punkt zaczepienia dla zabiegów leczniczych. Leczenie fizykalne zarówno zakładowe (hydro-, elektro-, fototerapja) jak i klimatyczne (kąpiele słoneczne, powietrzne, gimnastyka lecznicza, zajęcia i gry ruchowe na powietrzu) posługują się przecież w dużej mierze bodźcami działającemi na tę część układu wegetatywnego. Tak zwany odczyn hydropatyczny, który staramy się uzyskać przy stosowaniu zabiegów wodoleczniczych, jest zmianą naczynioruchową i stanowi istotny składnik postępowania leczniczego. Uzyskując ten odczyn odpowiednio stopniowanemi pod względem ciepłoty kąpielami, doprowadzamy schorzały układ nerwowy do równowagi w zakresie życia wegetatywnego a równocześnie pozwalamy nawiązać z powrotem harmonijny stosunek z jego życiem animalnem. Uregulowanie przejawów wzruszeniowości człowieka, tak wybitnie sprzężonej z prawidłowym stanem jego układu wegetatywnego staje się pierwszorzednem zadaniem fizjoterapeuty, a jednem z głównych narzędzi, któremi to osiąga, są odpowiednio stosowane zabiegi wodolecznicze. Właściwości podgórskiego klimatu, wyrażające się przedewszystkiem zmniejszonem ciśnieniem powietrza i idącemi z tem w parze wpływami na układ wegetatywny (wahania w ciśnieniu krwi), znaczniejszą zawartością i intenzywniejszem działaniem promieni pozafiołkowych i bogactwem ozonu w powietrzu atmosferycznem, podnoszą znakomicie skuteczność właściwej fizjoterpji zakładowej. Przekrwienie naczyń skóry, płuc, błon śluzowych powstaje między innemi także dzięki zmniejszonemu ciśnieniu powietrza; wpływ tego czynnika na tętno wykazuje także doniosłość odczynu naczynioruchowego w arsenale środków fizjoterapeutycznych.

Wobec stwierdzonego działania czynników klimatycznych jak ciśnienie powietrza, nasłonecznienie w rozmaitych poziomach, zawartość ozonu, wilgotność powietrza i stosunków wietrznych na stan układu wegetatywnego, miejscowości korzystnie pod tymi względami położone nadają się znakomicie do leczenia schorzeń układu nerwowego, przedewszystkiem schorzeń czynnościowych. Nie należy jednak zapominać, że obok należycie postawionej fizjoterapji klimatycznej, która rozporządza skutecznemi środkami leczniczemi dla podniesienia ogólnego stanu zdrowia za pośrednictwem układu wegetatywnego, przedewszystkiem nowocześnie urządzona fizjoterapja zakładowa może ogarnąć leczenie całego szeregu organicznych schorzeń układu nerwowego.

Jak do wymienionych zadań uposażona jest przez naturę Krynica, wykazują badania klimatologiczne Bolesława Skórczewskiego, który w ostatecznych wnioskach swojej pracy uwypukla jej warunki klimatyczne i nie waha się ich nazwać najlepszemi. Jeżeli weźmiemy jeszcze pod uwagę niepospolitą wartość leczenia kąpielami Krynicy dla schorzeń układu nerwowego czy to w postaci kąpieli kwasowęglowych jako potężnego środka pobudzającego i działającego pośrednio na przemianę materji, czy to w postaci kąpieli borowinowych i okładów w stanach zapalnych nerwów obwodowych i neurologicznych zespołach pochodzenia artretycznego — to Krynica jako w najbliższym czasie główny ośrodek polskiego lecznictwa neurologicznego zasługuje na najwyższe zainteresowanie i poparcie całego naszego świata lekarskiego.

Zaniedbanie w dziedzinie fizjoterapji zarówno zakładowej jak klimatycznej, które charakteryzuje prawie bez wyjątku wszystkie polskie zdrojowiska i uzdrowiska cieszące się korzystnemi warunkami geograficznemi, jest niestety także udziałem Krynicy. Położenie jednostronnego nacisku na rozbudowę terapji mineralnej pozostawiło lecznictwo fizykalne, którego znaczenie w Krynicy doceniał już dawno dr. Ebers, na stopie rozwojowej z przed lat 40-tu. Zakład wodoleczniczy, który wtedy powstał jest jedynem miejscem leczenia hydropatycznego w warunkach gorszych od początkowych skutkiem tego, że ząb czasu go nie oszczędza a wkłady, były niedostateczne. Jesteśmy dzisiaj w okresie ogromnego przyrostu frekwencji Krynicy i znacznego procentu nerwowo-chorych, świadkami zmniejszenia się ilości zabiegów hydropatycznych, których stosowaniu w tych warunkach przeciwstawia się kulturalna publiczność a wzdragają się zalecać lekarze. Urządzenia do innych działów fizjoterapji zakładowej pomieszczone w tym samym nieodpowiednim budynku; niektórych (jak dia thermji) brak zupełny.

Leczenie fizykalne klimatyczne doczekało się wprawdzie przed kilku laty pewnego uwzględnienia, ale zakład dla kąpieli słonecznych i powietrznych mający głównie służyć temu celowi, nie posiada charakteru ściśle leczniczego a urządzenia jego nie odpowiadają w dużej mierze wymaganiom leczniczym i rosnącej frekwencji Krynicy. Wskazana jest bezwzględnie jego reorganizacja na zasadach celowo pomyślanego połączenia kąpieli powietrznych i słonecznych z gimnastyką leczniczą, gimnastyką Zanderowską, grami ruchowemi i zajęciami na powietrzu i znaczne rozszerzenie terenowe z odpowiedniemi zabudowaniami.

Niedomagania, których nie pozbyła się jeszcze terapja mineralna mimo wybudowania nowych łazienek, wyrażając się także w zakresie lecznictwa neurologicznego niemożnością stosowania

kąpieli kwasowęglowych różniczkowanych pod względem nasycenia, brakiem leżalni w łazienkach borowinowych, który ograniczy stosowanie borowiny w organicznych schorzeniach nerwowych.

Dzięki zarówno mineralnym jak klimatycznym zaletom Krynicy widoki leczenia ciężko chorych, wśród których pacjenci neurologiczni mogliby stanowić znaczny odsetek byłyby bardzo zachęcające, gdyby powstała tutaj odpowiednio urządzona i należycie prowadzona lecznica internistyczno-neurologiczna. Sanatorjum takie miałoby zapewniony liczny napływ chorych także ze względu na uprzywilejowane stosunki komunikacyjne, jakie stara się rząd zapewnić Krynicy i usiłowania czynników lokalnych i rządowych około postawienia sanitarnych urządzeń zdrojowiska na poziomie właściwym. Krynica posiadać będzie, miejmy nadzieję, przy zgodnem współdziałaniu świata lekarskiego i tych czynników, pierwsza wśród zdrojowisk polskich, te wszystkie urządzenia sanitarne, które są podstawą higjeny życia większych zbiorowisk ludzkich. Pośród czynników leczniczych, które posiadają wielkie znaczenie wogóle, a dla neurologa wzbogacają ważny dział terapji zajęciowej są gry ruchowe i sporty, którym dotąd w zdrojowisku za mało poświęcono uwagi. Na szczególne podkreślenie zasługuje wreszcie konieczność wytworzenia odpowiednich warunków psychologicznych, które odgrywają tak wielką rolę w postępach zdrowienia chorego. W tym celu należy podjąć systematyczną pracę nad ugruntowaniem takiego przekonania i postępowania władz i obywateli Krynicy w sprawach rozbudowy i organizacji zdrojowiska, któreby świadczyły przedewszystkiem o stałem dążeniu do zaspokojenia wszelkich potrzeb zdrowotnych i kulturalnych leczącej się tu publiczności.

Jako wnioski praktyczne z tych rozważań przedkładam II Zjazdowi lekarzy w Krynicy następujące rezolucje:

II. Zjazd lekarzy w Krynicy uznając w całej pełni doniosłość nowoczesnego lecznictwa fizykalnego a w szczególności uważając rozbudowę fizjoterapji zakładowej i klimatycznej za konieczność uzasadnioną znakomitemi warunkami przyrodniczemi w Krynicy i potrzebami zjeżdżających tu coraz liczniej chorych nerwowych, wypowiada się stanowczo za natychmiastowem podjęciem przez władze zdrojowiska lokalne i centralne kroków zmierzających do urzeczywistnienia następujących postulatów:

1) Budowa nowoczesnego zakładu fizjoterapji, a na czas przejściowy gruntowna adaptacja i rozszerzenie zakładu dotychczasowego.

2) Rozszerzenie terenu kąpieli słonecznych i powietrznych z włączeniem doń przestrzeni zadrzewionych, dających naturalną ochronę przed słońcem. Wystawienie odpowiednich zabudowań dla przechowalni rzeczy, kabin do rozbierania, krytej hali dla kąpieli powietrznych i gimnastyki leczniczej, pomieszczenia przyrządów Zanderowskich i wykonywania ćwiczeń chodu. Urządzenie basenu o znacznej pojemności, celem uzyskania odpowiedniej ilości wody ogrzanej promieniami słońca do natrysków. Pomnożenie działu gier ruchowych i zajęć na powietrzu w obrębie tego terenu, którego połączenie z zakładem przyrodoleczniczym i organizacyjne podporządkowanie kierującemu nim lekarzowi byłoby bardzo pożądane.

3) Rozszerzenie działu gier ruchowych i sportów w Krynicy przez urządzenie dostatecznej ilości placów tennisowych i krokietowych, torów saneczkowych i narciarskich, skoczni itd.

4) Wybudowanie lub ułatwienie budowy nowoczesnej lecznicy internistyczno-neurologicznej dla dania możności także ciężko chorym wymagającym wygód i ścisłej opieki lekarskiej korzystania ze skarbów klimatycznych i mineralnych Krynicy.

MEDYCYNA SPOŁECZNA.

Projekt rozporządzenia

Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia . . . .
o położnych.

Na zasadzie art. 44 ust. 6 Konstytucji i ustawy z dnia 2 sierpnia 1926 r. o upoważnieniu Prezydenta Rzeczypospolitej do wydawania rozporządzeń z mocą ustawy (Dz. U. R. P. Nr. 78 poz. 443) postanawiam, co następuje:

I. Praktyka położnicza.

Art. 1.

Prawo wykonywania czynności położnych przysługuje osobom, które:

a) posiadają obywatelstwo Państwa Polskiego,
b) ukończyły z wynikiem pomyślnym polską państwową szkołę położnych względnie równorzędną, lub
c) zostały zarejestrowane, jako położne, przez władze administracyjne przed wejściem w życie niniejszego rozporządzenia na zasadzie i w granicach przepisów uprzednio obowiązującego ustawodawstwa.

Art. 2.

Minister Spraw Wewnętrznych może przyznać prawo wykonywania czynności położnych w Państwie Polskiem na określony przeciąg czasu osobom, które nie posiadają obywatelstwa polskiego, z zastrzeżeniem jednak prawa wzajemności.

Art. 3.

Wykonywanie czynności położnych obejmuje:
1. poradę i pomoc w ciąży,
2. pomoc przy porodzie,
3. poradę i opiekę w połogu,
4. pomoc w nagłych przypadkach ciąży i porodzie,
5. opiekę nad noworodkiem i poradę w pielęgnowaniu i karmieniu dziecka.

W wykonywaniu czynności położne stosować się winny do przepisów instrukcji dla położnych która zostanie ogłoszona rozporządzeniem Ministra Spraw Wewnętrznych.

Art. 4.

Osobom, uprawionym do wykonywania czynności położnych w myśl art.1 i 2 niniejszego rozporządzenia przysługuje wyłączne prawo używania tytułu „położna".

Art. 5.

Przed rozpoczęciem wykonywania czynności, położne, posiadające warunki, określone w art. 1 i 2 niniejszego rozporządzenia, obowiązane są zarejestrować się u powiatowej władzy administracji ogólnej, składając dowody uprawnień.

O miejscu zamieszkania, zmianie adresu względnie zaniechaniu wykonywania czynności, położne obowiązane są każdorazowo zawiadomić pisemnie powiatową władzę administracji ogólnej.

II. Szkoły położnych.

Art. 6.

Nauka położnictwa dla położnych odbywa się w państwowych szkołach położnych, zakładanych przy szpitalach publicznych, względnie w szkołach równorzędnych. Za równorzędne w myśl 1 i niniejszego artykułu uważać należy szkoły, zakładane na podstawie zezwolenia Ministra Spraw Wewnętrznych.

Art. 7.

Warunki, którym odpowiadać winny kandydatki, wstępujące do szkół położnych, są następujące:
1. ukończenie najmniej szkoły powszechnej,
2. ukończony 18-ty rok i nieprzekroczony 35-ty rok życia,
3. uzdolnienie fizyczne i umysłowe,
4. nienaganne prowadzenie się.

Art. 8.

Okres nauczania w szkołach położnych trwa 1 rok. Program nauczania, statut i regulamin szkoły oraz instrukcje dla personelu szkoły wydane zostaną w drodze rozporządzenia Ministra Spraw Wewnętrznych.

Art. 9.

Szkoły położnych obowiązane są do utrzymywania internatów przy szkołach dla uczenic. Zamieszkiwanie uczenic poza internatem jest wzbronione.

Postanowienia niniejszego artykułu obowiązywać będą od chwili wydania rozporządzenia Ministra Spraw Wewnętrznych, które określi szczegółowe przepisy co do prowadzenia i koniecznego zaopatrzenia internatów.

Art. 10.

Pozwolenia na otwarcie i prowadzenie szkół położnych udziela Minister Spraw Wewnętrznych.

Art. 11.

Minister Spraw Wewnętrznych może udzielić pozwolenie na otwarcie i prowadzenie szkół położnych jedynie w tych wypadkach, o ile te szkoły położnych zakładane będą przy szpitalach i zakładach położniczych, odpowiadających potrzebom nauczania i rozporządzających liczbą najmniej 40 łóżek położniczych.

Art. 12.

Osoby, prowadzące w chwili wejścia w życie niniejszego rozporządzenia szkoły położnych, są obowiązane, celem dalszego ich prowadzenia, wyjednać przewidziane w art. 10 pozwolenie nie później, jak w ciągu 6-ciu miesięcy od chwili wejścia w życie niniejszego rozporządzenia.

Art. 13.

Zakładanie nowych szkół położnych jest obowiązkiem wojewódzkich związków samorządowych. Do chwili utworzenia wojewódzkich związków samorządowych obowiązek ten ciąży na powiatowych związkach samorządowych, zjednoczonych w związki celowe.

III. Przeszkalanie położnych.

Art. 14.

Każda położna w okresach pięcioletnich od dnia ukończenia szkoły położnych obowiązana jest do przesłuchania uzupełniającego kursu przeszkolenia.

Art. 15.

Kurs przeszkolenia trwa najdłużej cztery tygodnie i odbywać się winien przy szkołach położnych. Program przeszkolenia ustali rozporządzenie Ministra Spraw Wewnętrznych.

Art. 16.

W wypadkach stwierdzenia niedostatecznej znajomości zawodu powiatowa władza administracji ogólnej może zobowiązać położną do przesłuchania uzupełniającego kursu w terminie wcześniejszym pod rygorem wzbronienia wykonywania czynności położnych.

Art. 17.

Wojewódzka władza administracji ogólnej może w wypadkach wyjątkowych na wniosek lekarza powiatowego zwolnić położną z obowiązku przesłuchania uzupełniającego kursu przeszkolenia, przewidzianego art. 14 niniejszego rozporządzenia.

IV. Postanowienia ogólne, karne i końcowe.

Art. 18.

Nadzór i kontrola nad wykonywaniem czynności położnych i szkoleniem położnych należy, o ile rozporządzenie niniejsze inaczej nie stanowi, do powiatowych władz administracji ogólnej.

Art. 19.

Winni naruszenia przepisów niniejszego rozporządzenia oraz rozporządzeń lub zarządzeń, wydanych na jego podstawie, o ile dany czyn nie ulega karze surowszej, będą karani aresztem do 6-ciu tygodni i grzywną do 500 zł. lub jedną z tych kar.

W razie niezdolności ściągnięcia grzywny władza orzekająca oznaczy w orzeczeniu karę zastępczego aresztu według swego uznania, jednak nie ponad 2 tygodnie.

Wojewódzka władza administracji ogólnej może osoby, ukarane dwukrotnie, na podstawie niniejszego artykułu pozbawić prawa wykonywania czynności położnych na czas od miesięcy sześciu do lat trzech.

Do orzekania powołane są powiatowe władze administracji ogólnej. Przeciwko orzeczeniu powiatowej władzy administracji ogólnej można w ciągu siedmiu dni od dnia doręczenia orzeczenia wnieść na ręce tejże władzy żądanie przekazania sprawy właściwemu sądowi powiatowemu (pokoju), który postąpi według przepisów, obowiązujących w I instancji sądowej.

Wyrok Sądu Okręgowego, wydany w II instancji, jest prawomocny.

Na obszarze województw: poznańskiego, pomorskiego i górnośląskiej części województwa śląskiego stosuje się przepisy o wydawaniu policyjnych mandatów karnych.

Art. 20.

Wykonanie niniejszego rozporządzenia porucza się Ministrowi Spraw Wewnętrznych.

Art. 21.

Rozporządzenie niniejsze wchodzi w życie po upływie miesiąca od dnia ogłoszenia i obowiązuje na całym obszarze Państwa Polskiego z wyjątkiem województwa śląskiego. Na obszarze województwa śląskiego rozporządzenie niniejsze wchodzi w życie z chwilą ogłoszenia na nie zgody Sejmu Śląskiego.

Jednocześnie z wejściem w życie niniejszego rozporządzenia tracą moc obowiązującą wszystkie dotychczasowe przepisy, normujące wykonywanie czynności i szkolenie położnych.

OCENY.

Aleksander Zakrzewski: *Zmiany histo-patologiczne w doświadczalnej gruźlicy płuc i uwagi nad histogenezą składników gruzełka u konia.* Odb. z „Prz. Wet. Nr. 10 r. 1927.

Autor z zawodu lekarz-patolog, uzupełnił swą wiedzę studjami w Akademji Weterynaryjnej, gdzie po uzyskaniu jeszcze drugiej godności naukowej, udał się do Francji w celu dalszych badań.

Omawiana praca jest ciekawym plonem pobytu jego w Zakładzie anatomji patologicznej Alfortskiej Szkoły w Paryżu.

Właściwe poznanie istoty gruźlicy datuje się od czasów eksperymentów Koch'a, przeprowadzonych przez niego na zakażonych zwierzętach, kiedy to wykazał on wzmożoną ich odporność na powtórne zakażenie. I dotychczas wciąż jeszcze badania nad gruźlicą prowadzi się przeważnie na zwierzętach laboratoryjnych, a wyniki tych eksperymentów zasilają zakres wiadomości naszej patologji. Dlatego też praca Al. Zakrzewskiego winna wzbudzić większe zainteresowanie w naszym świecie naukowym, albowiem stwierdza ona oraz wyjaśnia szereg faktów w patologji, które nowoczesne piśmiennictwo pomija milczeniem.

Praca Zakrzewskiego oparta jest na materjale eksperymentalnym, uzyskanym na koniach, które, jak Paryska statystyka podaje, zapadają bardzo rzadko na gruźlicę, a mianowicie zdarza się jedno zasłabnięcie na 15.000 koni czyli 0,055‰. Zakażenie lasecznikami typu ludzkiego dokonywano zapomocą cienkiego zgłębnika, wprowadzonego przez otwór rozcięcia tchawicy, wlewając cztery razy zawiesinę laseczek w fizjologicznym roztworze soli kuchennej. Łącznie tedy wprowadzono do płuc w ciągu pół roku 570 miligramów laseczek. Już w ciągu drugiego miesiąca od pierwszego zakażenia wszystkie odczyny tuberkulinowe były dodatnie. Na stole sekcyjnym stwierdzono w obydwóch płucach liczne guzki serowate, wnękowe zaś gruczoły pozrastane zawierały ogniska serowate. W innych narządach konia nigdzie nie stwierdzono zmian gruźliczych. Z obrazu sekcyjnego i prawie rocznego okresu trwania choroby wnosić można, że dooskrzelowy sposób zakażania koni daje typ schorzenia najbardziej zbliżony do naturalnego. Materjał sekcyjny pobrano do szczegółowego badania histologicznego, dla porównania zaś wzięto również do zbadania kilka wycinków z płuc innego konia, któremu wstrzyknięto dożylnie zawiesinę laseczek gruźliczych typu ludzkiego. Koń ten padł po upływie zaledwie 3-ch tygodni, wśród ogólnej ostrej gruźlicy. Szczegółowe badania histologiczne miały na celu przekonanie się o ilości i wyglądzie laseczek w zmianach gruźliczych oraz o ich rozmieszczeniu. Stwierdzono, że ogniska całkiem młode lub z zaczynającą się dopiero martwicą nie zawierają laseczek wcale. Podobnie nie zauważono laseczek w oskrzelach i naczyniach krwionośnych. Najczęściej stwierdzano ich obecność w starszych masach serowatych, przyczem najczęściej leżały one w pośredniej części martwicy. Biorąc pod uwagę olbrzymie ilości laseczek, wprowadzonych w czasie eksperymentu, okazuje się, że liczba, która wywołała stwierdzone zmiany chorobowe, jest bardzo nikła. W materjale, pochodzącym z konia, szczepionego dożylnie, nie stwierdzono ani jednej laseczki. W zakażeniu dooskrzelowem punkt uchwytu, jak autor stwierdza, przypada na wewnątrz zrazikowe oskrzeliki II i III rzędu i to w tej części ściany, gdzie przebiega naczynie. W zakażeniu dożylnem gruzełki wysiewają się z naczyń wszędzie. Zmiany histologiczne przedstawiają w pierwszym przypadku typ wytwórczy, wysiękowy w zależności od miejscowego stężenia jadów gruźliczych. W przypadku drugim zmiany są wytwórcze, a mianowicie gruzełki rozwijają się w miejscach ogniskowego przekrwienia i wysięku surowiczego, które go poprzedzają. Omawiając histogenezę gruzełków autor podnosi znaczenie tkanki łącznej, która pozwala ocenić wiek gruzełka. W tem

miejscu autor wypowiada szereg ważnych i nieznanych spostrzeżeń w patologji gruźlicy. Gruzełkowa tkanka łączna zachowuje się w dwojaki sposób odmiennie. Gruzełki najmłodsze otacza cienkie koło włókien tkankołącznowych. One pochodzą z przemieszczonych mechanicznie i szklisto zwyrodniałych włókien miejscowych. W tych gruzełkach nowotworzenie się nie odbywa. W starszym gruzełku, wspomniane koło, które dotąd leżało na obwodzie ziarnicy, staje się kołem wewnętrznem, ponieważ na zewnątrz pojawiają się nowe komórki nabłonkowate. Na obwodzie nowej ziarniny powstaje znów koło zewnętrzne, składające się tym razem głównie z włókien nowowytworzonych. W tym okresie gruzełek posiada zatem dwa współśrodkowe koła włókien tkanki łącznej, a to wewnętrzne pochodzące z włókien miejscowych i zewnętrzne nowowytworzone. W gruzełku starym zanika stopniowo koło wewnętrzne, a mianowicie ulega martwicy, natomiast koło zewnętrzne rozrasta się jeszcze bardziej. Różne pochodzenie i zachowanie się obu kół jest wynikiem działania jadów gruźlicy na tkankę łączną. Jad słaby pobudza jej komórkę do obfitszego wytwarzania włókien klejorodnych. Jad silniejszy zmusza ją do mnożenia się, to jest do wytwarzania komórek nabłonkowych. Jad najsilniejszy zabija ją. W miejscu zagnieżdżenia laseczek gruźliczych zaczyna jad swą działalność zwykle w drugim stopniu nasilenia. Włókna sprężyste nigdy nie ulegają pomnożeniu, lecz przeciwnie, maleją ilościowo w prostym stosunku do natężenia działających jadów. Wyjątek stanowią włókna sprężyste naczyń, które odznaczają się zdumiewająca odpornością; dzięki nim określano pierwszy punkt uchwytu laseczek gruźlicy w dooskrzelowym sposobie ich wprowadzenia. Martwica gruzełkowa ma typ nie tyle może serowatej, ile raczej włóknikowatej. Nigdy nie rozmięka, ani nie wapnieje. W obszarach zmian gruźliczych naczynia są zawsze niedrożne z powodu wytwórczych zmian zapalnych lub zakrzepów. Te właściwości naczyń i brak rozmiękania martwic powodują małą skłonność do wtórnego rozprzestrzeniania się końskiej gruźlicy. Rzadziej występujące zmiany wysiękowe płuc odpowiadają typowym obrazom zapalenia serowatego. Rozprzestrzenianie się gruźlicy płucnej z miejsca pierwotnego zakażenia jak autor stwierdził, odbywa się najczęściej *„per continuitatem"*, rzadziej przez zatory oskrzelikowe, najrzadziej drogą naczyń i przestworów chłonnych. Komórki nabłonkowate w gruzełkach płuc i gruczołach konia powstają podobnie jak i u ludzi z pierwocin mezenchymalnych.

Ustalenie przez Zakrzewskiego właściwych cech starszeństwa gruzełka u koni według zachowania się tkanki łącznej, jest ważnym momentem w analizie obrazów sekcyjnych, albowiem patolog, opierając się na wspomnianych danych, miałby prawo wykazywać z pewnością pierwotne miejsce wtargnięcia się czynnika chorobotwórczego. Urzeczywistniłyby się zatem życzenia uczonych — zmierzające do posiadania pewnego *signum pathognomicum* dla zespołu pierwotnych zmian gruźliczych.

W. Janusz.

Lassar-Cohn. *Praxis der Harnanalyse.* 7 Auflage, verbesserte von R. Rapp. Leipzig 1927, Verlag von Leopold Voss.

Pierwsze wydanie tego podręcznika wyszło przed 30 laty. Obecnie wyszło 7 poprawione i zmodernizowane przez R. Rappa.

Swój długi żywot i znaczniejszą ilość wydań zawdzięcza zapewne swej zwięzłości. Jest to prawdopodobnie najkrótszy podręcznik analizy chemicznej moczu, krwi i treści żołądkowej. Krótszemi mogą być chyba tylko odnośne rozdziały w kalendarzykach lekarskich. Ta zwięzłość umożliwioną została ograniczeniem sie do analizy tylko praktycznie najważniejszych składników i to za pomocą możliwie tylko jednej próby. (Niema nawet n. p. podanej próby Helera na białko — jest tylko wspomnianą). Nacisk natomiast położono na biegłość wykonywania badania. Biegłość, która powinna dojść do zupełnej pewności swych wyników. Do stanowczego stwierdzenia obecności jakiegoś składnika, względnie wykluczenia — przynajmniej w ilościach patologicznych. Do uzyskania tej biegłości może służyć tylko ćwiczenie praktyczne. W związku z tem przy każdym rozdziale podane są sposoby sztucznego zrobienia „patologicznych" i „normalnych" moczów, względnie płynów, które analizować należy; nie zawsze bowiem można mieć naturalne.

Uderza, że mimo zwięzłości nie posługuje się autor wzorami chemicznemi. Należy uważać to za brak, nawet dość przykry i dotkliwy; utrudnia to uzmysłowienie sobie przygotowań i przebiegu analizy. Dla studentów podręczniczek ten nie nadaje się. Od niego więcej przy egzaminach się wymaga. I zresztą słusznie.

Przyjemnie przeczyta tę książeczkę lekarz praktyk. Zawiera bowiem to, czego on zazwyczaj szuka. I to wszystko na 66 stroniczkach 8° z czego jeszcze odpowiada kilkanaście na wstępy i spis rzeczy — opisane z niewątpliwym kunsztem.

Hirsch.

Dr. med. Hanns Alexander u. Dr. med. Arthur Beekmann. *„Roentgenatlas der Lungentuberkulose des Erwachsenen".* (Tuberkulose — Bibliothek Nr. 29. Leipzig — Verlag von Johann Ambrosius Barth, 1927).

Podręcznik przeznaczony dla lekarzy praktyków i medyków. Autorzy rozporządzając wyłącznie materjałem sanatoryjnym (Agra) zestawiają porównawczo badania kliniczne z roentgenowskiemi, bez uwzględnienia obrazu anatomo-patologicznego.

Na samym wstępie dają przegląd najnowszych zdobyczy teoretycznych nad rozwojem gruźlicy płucnej, — stosując w swoim atlasie odpowiedni podział, zaczynają od wrót pierwotnych i prostych przypadków, przechodzą do form daleko zaawansowanych. Z zestawienia przypadków wnosić można, że autorzy chcieli zaznaczyć ważność badań roentgenowskich uzupełnianych zdjęciami. Do każdej obserwacji dołączona epikryza stwierdza wzajemne uzupełnianie się badania roentgenowskiego i klinicznego na co autorzy szczególniejszy kładą nacisk: dla przykładu, prócz innych, podają kilka przypadków jam gruźliczych różnej wielkości i lokalizacji do których wykrycia przyczyniło się badanie roentgenowskie. Nie zawsze jednak badanie roentgenowskie może dać rozstrzygnięcie w sprawie chorobowej, jak np. w przypadku chronicznej gruźlicy powikłanej kiłą.

Prócz części diagnostycznej dołączono obfity dział z leczenia specjalnemi metodami jak: pneumothorax, phrenicoexairesis, phrenicotomia, plomba parafinowa Baera, thoracoplastica.

Końcowy dział atlasu stanowi diagnostyka różniczkowa szeroko ujęta, nie uwzględniająca jednak wszystkich procesów toczących się w płucach, (n. p. actinomicosis, infarkt). Przytoczone są: bronchiektazye, aneurysma aortae, morbus Hodgkin'a, struma retrostermalis, pleuritis mediastinalis, empyema przebijające do oskrzeli, abscessus suphrenicus, abcessus pulmonis, lues przy obecności starych zmian gruźliczych, lues pulmonum, pylica, rak płuc na tle starych zmian gruźliczych, rak oskrzeli, bąblowiec, wada serca.

Przypadków podanych jest 78; — obrazów 107. — Zestawienie i wykonanie staranne. Zdjęcia i papier dobre.

Korabczyńska.

BIBLJOGRAFJA.

Artykuły oryginalne w czasopismach.

A) Piśmiennictwo polskie.

Wiadomości farmaceutyczne, rok LV, nr. 1, z 1 stycznia 1928: O roli badań chemicznych w farmakologji. — Nowa farmakopea rumuńska. — Rozporządzenia i okólniki władz. — Sprawy zawodowe.

Wychowanie fizyczne, rok IX, zeszyt 1, styczeń 1928: Dybowski: Doświadczenia oddechowe w czasie chodu zwykłego oraz chodu i biegu narciarskiego (c. d.). — S. Szuman: Skala metryczna Ozjereckiego.

Przegląd ubezpieczeń społecznych, rok III, zeszyt 1, z 1 stycznia 1928: Z. Zaremba: Płace i ubezpieczenia społeczne. — A. Wóycicki: Międz. Zjazd organizacji postępu społecznego. — R. Kunicki: Memorjał Naczelnej Izby lekarskiej w sprawie projektu ustawy o ubezpieczeniu społecznem. — Uchwały konferencji lekarzy naczelnych Okr. Związków Kas chorych. — E. O.: Sprawozdane ubezpieczalni krajowej w Poznaniu za rok 1926. — S. Klaczko: Ubezpieczenia chorobowe w latach 1924—1925 u nas i zagranicą. — Apteki własne Kas chorych.

Lekarz Polski, rok IV, nr. 1, z 1 stycznia 1928: W. Jeżewski: Na nowy rok. — W. Judym: Stanowisko lekarza w demokracji współczesnej (c. d.). — W. Jeżewski: Nie tędy droga. — B. Nowakowski: Zwalczanie chorób zawodowych w ustawodawstwie polskiem. — M. Zachert: Zwalczanie jaglicy w zakładach opiekuńczych. — M. Prażmowska: Zagadnienia chwili bieżącej. — Projekt ustawy o zwalczaniu jaglicy. — W. Marjański: Komisarz w Kasie chorych m. Warszawy.

Zdrowie, rok XLVIII, nr. 1, za styczeń 1928: Polak: Od redakcji. — M. Kacprzak: Teren działalności higjenistki społecznej. — Z. Rudolf: Stosunki sanitarne w mieście Równem Woj. Wołyńskiego.

Medycyna praktyczna, rok I, zeszyt 10—12, z r. 1927: Nekrolog śp. Stanisława Jerzykowskiego. — Fr. Ks. Cieszyński: Wychowawcze zadanie lekarza. — K. Bross: O naciekach podobojczykowych w początku gruźlicy płuc u młodych dorosłych,

o wartości praktycznej wczesnego ich rozpoznania i leczenia. — I. Śniegowski: O rozpoznaniu i leczeniu rzeżączki.

Wiadomości farmaceutyczne, rok LV, nr. 2, z 8 stycznia 1928: O. Achmatowicz: O olejkach terpentynowych. — W sprawie przemysłu winiarskiego w Polsce. — M. Rawita-Witanowski: Z dziejów Trybunału koronnego w Piotrkowie. Nowa farmakopea rumuńska. — Zbieranie ziół lekarskich. — Z praktyki zawodowej. — Rozporządzenia i okólniki władz. — Sprawy zawodowe.

B) Piśmiennictwo niemieckie.

Jahreskurse für ärztliche Fortbildung in 12 Monatsheften 1927. Nr. 12. Treść: 1) Prof. Zeller: W sprawie leczenia żylaków. 2) Prof. Ringel: O przyczynach opaźniającego się wytwarzania kostniny względnie stawów rzekomych, w szczególności przy podskórnych złamaniach goleni, i o ich leczeniu. —. 3) Krecke: Wczesne rozpoznanie ropni zatoki Douglasa. — 4) Zeller: Przegląd piśmiennictwa chirurgicznego. — 5) Sarason: Reforma techniki opatrunków.

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA.

Piśmiennictwo niemieckie.

Zentralblatt f. innere Medicin.

1927. Nr. 33.

Redeker: *Suchotnicze drogi rozwoju gruźlicy płuc.* Szkoła Aschoffa każde ognisko gruźlicze w płucach nazywa suchotami, wypadłoby więc suchotnikiem nazywać prawie każdego dorosłego, ponieważ większość ma ogniska gruźlicze.

(Pamiętać należy, że Aschoff lasecznika Kocha nazywa *bac. phtisicus;* stąd i terminologja inna od ogólnie przyjętej. *Ref.).*

Nie rozwiązywano dotąd pytania, jakie drogi prowadzą od zakażenia gruźliczego do suchot.

Teorja Rankego na to pytanie odpowiedziała — w głównych, podstawowych zarysach.

Suchoty płuc stanowią okres trzeci Rankego — *tuberculosis isolata.* Redeker jest zdania, że lukę w teorji Rankego stanowi brak wyjaśnienia, jaki zachodzi stosunek pomiędzy okresem drugim gruźlicy a *tuberculosis isolata,* czyli *phtisis pulmonum.*

Przyjmując rozwój gruźlicy u dorosłych od szczytów, musimy przypuścić, że w szczytach wytwarzają się nowe ogniska, gdyż sprawy gruźlicze u dzieci (w okresie drugim) nie rozpoczynają się od szczytów.

W tej sprawie autor doszedł do następujących wniosków:

1) nowe ognisko pierwotne w suchotach płucnych ludzi dorosłych okresu trzeciego nie powstaje; 2) bez wystąpienia objawów allergji wtórnej ogólnej albo miejscowej — przy już istniejących suchotach płuc — nowe ognisko nie powstaje albo powstaje b. rzadko. W tych przypadkach przewlekłych włóknistych suchot, gdzie występuje nowe ognisko przy allergji trzeciej, trzeba przypuszczać, że objawy allergji II istnieją, lecz są tak nikłe i krótkotrwałe, że klinicznie nie są spostrzegalne. 3) Każde nowe ognisko powstaje przy objawach allergji drugiej, każde suchoty płuc są wtórnie allergiczne. Każde suchoty okresu III są tylko stabilizacją allergicznej i patologo-anatomicznej blizny po zmianach wtórnych. Suchoty płuc stanowią postać nową zmian okresu II. 4) Niema czysto wysiękowej i czysto wytwórczej postaci w rozwoju suchot.

Te cztery tezy zasadnicze dopełnia autor następującemi:

Niema różnicy pomiędzy suchotami płuc dzieci i dorosłych. W tej i tamtej postaci powstają skoki choroby, których zejście zależne jest od tego, czy skok choroby jest całkowicie przezwyciężony, czy też utrwala się allergja przy objawach z ubytku (jamy) i częściowego zagojenia, czy też utrwala się okres III, przerywany nawrotami allergji II, albo kończy się zgonem.

W przebiegu gruźlicy niema systematycznego przejścia z okresu do okresu; jest tylko pewien rozwój od anergji do allergji I-ej, II-ej, III-ej i ewentualny powrót do II.

Rozwój suchot idzie skokami; przy każdym skoku powstaje najpierw allergja miejscowa wtórna.

Skoki i allergja wtórna są to objawy wzajemnie się wzmacniające. Podstawą zdolności do odczynu, do allergji wtórnej, jest wrażliwość układu roślinnego. Im większa jest wrażliwość układu nerwowego roślinnego, tem łatwiej występuje skok choroby, podczas skoku choroby chwiejność tego układu jest zwiększona. Częstość skoków choroby jest zależna od zakażenia dodatkowego, od wpływów kondycjonalnych, od położenia ogniska gruźliczego.

Zaczynają się suchoty, już w okresie allergji drugiej jako zapalenie wkołoogniskowe, które staje się z czasem ogniskiem wytwórczo-twardniejącem albo ogniskiem rozpadowem: postać ostatnia pozostaje w okresie allergji II, goi się trudno i kończy dużym ubytkiem tkanki.

Nowe ogniska wysiękowo-zapalne powstałe w okolicy podbojczykowej lub w środkowej części płuc, rzadziej w szczytach albo w dolnej części płuca, dają rokowania niedobre, chociaż i tu może nastąpić rozessanie albo stwardnienie. Najmniejsze znaczenie praktyczne mają pierwotne suchoty płucne, powstające w okresie przed — allergicznym. Suchoty płuc wieku dziecięcego, trwające nieraz kilka lat, mają różne źródła powstawania: po 1) obostrzone ogniska pierwotne; po 2) przebicie ogniska serowatego z gruczołów oskrzelowych i po 3) ognisko zapalenia przywnękowego — wskutek serowacenia i rozpadu powstałego w okolicy nacieczenia.

Suchoty okresu trzeciego dorosłych powstają przeważnie inaczej: mianowicie z nacieczenia wczesnego opisanego przez francuzów w 1907 (Malloizel), a przez niemców, mianowicie przez Assmana, jako nacieczenie podobojczykowe u osobników z bardzo wrażliwym układem nerwów roślinnych. Nacieczenie to bywa początkowo wielkości wiśni, dosięga wielkości śliwki; współcześnie powstaje obrzmienie gruczołów oskrzelowych. Nacieczenie to może się wessać całkowicie, albo stwardnieć. Częściej jednak serowacieje i rozpada się.

Badanie kliniczne początkowo nie wykrywa zmian; brak wszelkich dolegliwości, albo tylko objawy toksyczne, przygnębienie ew. podwyższenie ciepłoty uważane za grypę, reumatyzm, niedokrwistość, hipotonję, wagotonję, nie rzadko — za *ulcus ventriculi.*

We wczesnym okresie rozpoznaje się tę postać zwykle przypadkowo: przy masowych prześwietleniach w przychodniach, albo przy prześwietlaniu wszystkich chorych wewnętrznych.

Rozpad tego nacieczenia może w ciągu kilku miesięcy doprowadzić do powstawania izolowanej gładkiej, okrągławej jamy; jeszcze i wtedy może brakować wszelkich zwykłych objawów. Za każdą zmianą w stanie odporności ustroju sprawa zbliża się do postaci suchot płuc, więc do *phtisis cavernosa, cirrhotica* itp. Wraz z powstawaniem nowego nacieczenia (filjalnego) powraca stan allergji wtórnej a wraz z tem możliwość szybkiego zejścia śmiertelnego. Nacieczenie filjalne jest przerzutem oskrzelowym, a nie krwiopochodnym.

W postaciach lżejszych widzimy w Roentgenie ogniska rozsiane wielkości główki od szpilki miękkie, mało odgraniczone; te ogniska twardnieją albo rozsysają się.

Jeżeli jednak w koło ognisk rozsiania wtórny odczyn zapalny jest mocniejszy, to wówczas wessanie się jest trudniejsze, powstaje wtedy postać trzeciego okresu: wytwórczo-marsko-jamowa.

W tym wypadku szczyty kurczą się atelektycznie i dają pozór, jak gdyby tam właśnie sprawa się była zaczęła.

Częściej taki mylny wniosek powstaje w sposób następujący: przy rozsianiu zarazków w całem płucu mogą powstać ogniska przerzutowe, przyczem ogniska powstające w dolnych częściach wsysają się, pozostawiając tylko nieznaczne ślady w obrazie Roentgena; ogniska natomiast przerzutowe w szczytach nie mają tendencji do wessania się i — po skurczeniu się i stwardnieniu nacieczenia podobojczykowego — imponują jako wytwórcza gruźlica nieczynna III okresu, postępująca stopniowo skokami w kierunku ku dołowi. Istnieje, wreszcie, jeszcze jedna możność powstawania suchot płucnych. Mianowicie: w nieczynnem ognisku stwardniałem w okolicy podobojczykowej występuje skok a obok górnego brzegu wnęki wytwarza się nacieczenie; to mięknie i wytwarza ostre szybko postępujące suchoty.

Postać wytwórczo-włóknista początkowych suchot jest, zdaniem R., właściwie późną postacią powstałą z nacieczenia podobojczykowego, za wyjątkiem rzadkich przypadków nacieczenia wczesnego w szczycie.

Wielka część ognisk szczytowych — to są odgraniczone stwardnienia ogniska pierwotnego, albo wtórnego pochodzenia, to zrosty po zapaleniu opłucnej, niedodma częściowa, zawały nie prowadzące do suchot postępujących.

Jakie biologiczne czynniki sprzyjają powstawaniu nacieczenia wczesnego i przejściu jego w taką albo inną postać — nie wiemy. Wszelkie czynniki zwiększające wrażliwość układu roślinnego — jak dojrzewanie miesiączkowania i superinfekcja sprzyjają temu.

Wnioski praktyczne: Ponieważ klinicznie ani wysłuchowo ani wypukowo nie można rozpoznać nacieczenia wczesnego — koniecznem jest masowe prześwietlanie wszelkich chorych wewnętrznych.

Walka z suchotami powinna być zwrócona właśnie na te wczesne wysiękowo-zapalne postacie celem zapobieżenia ich dalszemu rozwojowi.

K. B. G. (Łódź).

Archiw für Gynäkologie.
Tom 129 z. 3.

Schumacher (Giessen): *O przyczynach pooperacyjnych i połogowych zakrzepów i zatorów.* (Spostrzeżenia kliniczne). Spostrzeżenia autora opierają się na obfitym materjale chorych operowanych i położnic, a celem ich jest wykazanie, jakie czynniki oprócz dominującego zwolnienia prądu krwi odgrywają rolę w powstawaniu zakrzepów i zatorów. Wyniki tych spostrzeżeń są następujące:

Ze stanowiska klinicznego nie można wykazać bezwzględnie przyczynowego związku pomiędzy zwolnieniem ogólnego prądu krwi a powstaniem żylaków i powierzchownych zakrzepów żył udowych. Natomiast odpowiedni materjał, dotyczący powstania zakrzepów i zatorów w przypadkach pooperacyjnych, względnie u położnic, wykazuje, że w przypadkach zakrzepów głębokich żył udowych, powstałych po operacji, w 53% przypadkach ogólne zwolnienie prądu krwi jest następstwem zaburzeń w krążeniu, otyłości i schorzeń płuc, powstałych w związku z operacją. W 70% przypadków zatorów pooperacyjnych przyjąć można pewne ogólne zwolnienie prądu krwi. Tylko sporadyczne przypadki zakrzepów i zatorów połogowych wykazują klinicznie zwolnienie ogólnego prądu krwi, jednak w przypadkach tych istnieją specjalne warunki powodujące zwolnienie prądu krwi w żyłach kończyn dolnych. Dlatego wczesne wstawanie dzięki swemu pobudzającemu działaniu na krążenie, zwłaszcza na krążenie w żyłach, uważa autor za środek zapobiegający powstaniu głębokich zakrzepów i zatorów tak pooperacyjnych jak i połogowych. Odnośny materjał kliniczny autora wykazuje, że 80% zakrzepów połogowych w głębokich żyłach udowych i w miednicy i 75% zatorów połogowych wystąpiły u tych kobiet, które czy to z powodu pęknięcia krocza czy to z powodu zakażenia połogowego musiały dłuższy czas pozostać w łóżku. Mimo wczesnego wstawania atoli w 80 względnie w 67% przypadkach nie da się uniknąć tak pooperacyjnego jak i połogowego zakrzepu w żylakach, gdyż nawet wzmożona praca mięśni i intenzywniejsze oddechanie wskutek wczesnego wstania nie są w stanie usunąć zwolnienia prądu krwi w żyłach rozszerzonych żylakowato i posiadających uszkodzone ściany. Założenie opasek na nogi po operacji względnie po porodzie w połączeniu ze wczesnem wstaniem zapobiega powstaniu tych zakrzepów. Zakrzep pooperacyjny głębokich żył udowych wystąpił z pośród przypadków ginekologicznych tylko w 31% u kobiet, które wstały wcześnie po operacji, zaś zatory pooperacyjne powstały w 77% przypadków u kobiet, które dzień przedtem wstały z łóżka. Na 1813 laparatomij statystyka autora wykazuje 6 = 0,33% zakrzepów żylaków względnie powierzchownych żył udowych, 13 = 0,72% zakrzepów głębokich żył udowych i 8 = 0,44% zatorów, podczas gdy na 524 większych operacyj pochwowych wypada 1 = 0,19% zakrzep powierzchownych żył udowych, 2 = 0.39% zakrzepy głębokich żył udowych i 8 = 1,52% zatorów. Tak wielka liczba zatorów po zabiegach pochwowych tłómaczy się znacznym ich odsetkiem po operacji przemieszczenia macicy między pęcherz a pochwę sposobem Wertheima (na 135 tych operacyj = 37% zatorów). Miejscowy zastój w całym splocie żył, jaki po tej operacji powstaje, wyjaśnia dostatecznie częstość zatoru po tym zabiegu. Po operacjach plastycznych na pochwie i na podstawie miednicy jakoteż po całkowitem wycięciu macicy przez pochwę nie wystąpił nigdy zator. Z pośród 234 chorych, które operowane były równocześnie od strony pochwy i powłok brzusznych zachorowały 3 (1,3%) na zakrzep powierzchownych żył udowych 5 (2,14%) na zakrzep głębokich żył uda i 1 (0,43%) na zator. U położnic występowały przedewszystkiem zakrzepy i zatory po ręcznem wydobyciu łożyska i po tamponadzie macicy (na 63 zabiegi 3 zakrzepy w żylakach i 4 zakrzepy powierzchownych żył uda). Po cięciu cesarskiem w 29% przypadkach wystąpił zakrzep żyły udowej i w 0,6% zator. Zakażenie w pooperacyjnych względnie połogowych zakrzepach głębokich żył udowych stwierdzono w 63 względnie w 62% przypadkach podczas gdy w przypadkach zakrzepów w żylakach względnie w powierzchownych żyłach uda stosunkowo bardzo rzadko istniało zakażenie miejscowe lub ogólne. Przebieg pooperacyjny przypadków, w których przyszło do zatoru, wykazuje w 55% przypadkach ciężkie zakażenie pola operacyjnego. Ta częstość zakażenia w przypadkach zakrzepów i zatorów dowodzi niezbicie jego związku przyczynowego.

Na podstawie swego materjału nie umie autor powiedzieć czy ewentualnie zmiany krwi grają jaką rolę w powstaniu zakrzepów i zatorów.

Wpływ narkozy jest widoczny, gdyż tylko 36% zatorów powstało u kobiet operowanych w znieczuleniu lumbalnem a 62% u tych, które były operowane w uśpieniu eterowem. Taksamo zakrzepy w głębokich żyłach udowych przydarzyły się w 63% przypadkach u kobiet operowanych w uśpieniu eterowem. Na materjale swym nie mógł autor potwierdzić zapatrywania tych, którzy sadzą, że od czasu epidemji grypy zakrzepy i zatory w przypadkach operowanych przydarzają się częściej. Taksamo nie mógł wykazać wpływu pory roku, choć niewątpliwie w porze zimowej te powikłania pooperacyjne są nieco częstsze aniżeli w lecie. Natomiast dane statystyczne wykazują, że tak zakrzepy jak i zatory pooperacyjne częściej występują u kobiet starszych aniżeli u młodych. Wiek dotyczących położnic waha się od 30—40 przeważnie podczas gdy chorych operowanych wynosi przeciętnie ponad 40 lat. Częściej daleko powikłania te przydarzają się u wieloroódek aniżeli u pierwiastek, o ile idzie o zakrzepy powierzchownych żył udowych. Natomiast na zakrzepy głębokich żył udowych lub żył miednicy, równie często zapadały pierwiastki jak i wieloródki. U kobiet z żylakami na kończynach dolnych istnieje pewne usposobienie do powstania zakrzepów tak pooperacyjnych jak i połogowych i to częściej (60%) powstają u nich zakrzepy w żyłach powierzchownych aniżeli głębokich (40%). Natomiast, o ile idzie o zatory tak pooperacyjne jak i połogowe, to kobiety cierpiące na żylaki, nie są na nie bardziej narażone aniżeli te, które wcale nie mają żylaków.

Jaschke (Giessen). *Teoretyczne i praktyczne uwagi w sprawie pooperacyjnych i połogowych zakrzepów i zatorów.* Zwolnienie prądu krwi jest *„conditio sine qua non"* dla powstania zakrzepów statycznych tak pooperacyjnych jak i połogowych. Doświadczenie kliniczne potwierdza to w zupełności, albowiem miejscem powstania zakrzepów są zawsze te same okolice układu żylnego a mianowicie te, w których istnieją szczególnie korzystne warunki dla zwolnienia prądu krwi. Stwierdzenie tego faktu nie wyklucza naturalnie, że przyczyna zwolnienia prądu krwi może być bardzo różna. Na podstawie bardzo obfitego materjału twierdzi autor, że wprawdzie wczesne wstanie po operacji i po porodzie nie zapobiega na pewne powstaniu zakrzepów i zatorów, jest jednak w tym kierunku praktycznie najważniejszym i najdzielniejszym środkiem. O ile on zawodzi, to zdaniem autora nie był należycie zastosowany, gdyż autor sam przekonał się, że odsetek zakrzepów i zatorów był tem mniejszy, im systematyczniej przestrzegano wczesnego wstania chorych po operacji czy też po porodzie.

Dane statystyczne przytoczone przez autora, a pochodzące z klinik Rosthorna, Franqu'a i Opitza wykazują, że wskutek wczesnego wstania chorych po operacji zmniejszyła się ilość zakrzepów o połowę, a zatorów o jedną trzecią. Tak samo rzecz się ma i u położnic. Materjał z kliniki wiedeńskiej z czasów Rosthorna wykazuje, że na 250 położnic, które dość długo leżały w łóżku, były 4 zakrzepy i 1 zator, podczas kiedy na 2524 położnic, które wcześnie wstały po porodzie, nie przydarzył się ani jeden przypadek tak zakrzepu jak i zatoru. Materjał samego autora, pochodzący z kliniki w Giessen, wykazuje, że na 4427 porodów powstał zakrzep tylko w 28 przypadkach (0.58%) a zator tylko w 3 przypadkach (0,07%).

Nie należy atoli sądzić, że wczesne wstanie samo przez się zabezpiecza chorą przed powstaniem zakrzepu lub zatoru. Jest to tylko jeden ze środków, wpływający korzystnie na obieg krwi. Poza tem należy stosować inne procedury wspomagające to działanie, jak ruchy czynne i bierne i gimnastykę oddechową. U osób otyłych, skrwawionych lub po operacjach plastycznych procedury te są konieczne i jedyne wobec niemożności pozwolenia tym osobom na wczesne wstanie.

Zasadnicze znaczenie oprócz tego ma stan serca i naczyń i na niego należy zwracać bardzo baczną uwagę zwłaszcza w okresie przygotowania chorych do operacji. Podawanie preparatów nasercowych i wspomniane procedury gimnastyczne sprawiły, że odsetek zakrzepów i zatorów u osób operow. znacznie zmalał. I tak na 4170 operacyj wykazuje materjał kliniki w Giessen tylko 0.6% zakrzepów, 0,43% zatorów i tylko 0,35% zatorów śmiertelnych, czyli że w porównaniu z okresem, kiedy chore długo przetrzymywano w łóżku po operacji i kazano im leżeć spokojnie, spada liczba zakrzepów do 1/5, liczba zatorów do 1/6 a liczba śmierci z powodu zatoru do 1/4.

Jako dalsze czynniki, które łącznie z poprzednimi utrudniają powstanie zakrzepów i zatorów, wymienia autor unikanie wszelkich mechanicznych uszkodzeń naczyń, co można osiągnąć przez ograniczenie stosowania w czasie operacji wysokiego ustawienia miednicy, ograniczenie narkozy inhalacyjnej i zastąpienie jej znieczuleniem lumbalnem, delikatne zaopatrywanie naczyń w obrębie pola operacyjego najlepiej przez zaopatrywanie każdego naczynia z osobna i wreszcie jak najdokładniejsze tamowanie krwawienia, unikanie tamponady i zanieczyszczania pola operacyjnego.

Gamper (Insbruck). *Przyczynek do znajomości mesodermalnych nowotworów mieszanych macicy.* Przypadek kazuistycz-

ny dotyczący osoby 54 letniej, którą autor operował w r. 1921 z powodu krwawień i bólów w dolnej części brzucha. Rozpoznano przed operacją włókniaka podśluzowego i wykonano całkowite wycięcie macicy. Badanie drobnowidowe wykazało poprzecznie i podłużnie prążkowane pasma i wiązki mięśni obok komórek podłużnie prążkowanych i nieprążkowanych. Tych ostatnich atoli było mało, tak że guz w przeważnej części składał się z włókien mięsnych poprzecznie i podłużnie prążkowanych. Ponadto obraz drobnowidowy wykazywał liczne komórki wrzecionowate podobne do młodych włókien mięśni gładkich jakoteż tkankę łączną podobną do tkanki śluzakowatej i młodocianą, niedojrzałą tkankę syncytialną. Wreszcie stwierdzono nieliczne, małe złogi chrząstkowe i pojedyńcze gruczoły. Obraz drobnowidowy przedstawia więc budowę nowotworu mieszanego, pochodzącego z środkowej blaszki zarodkowej.

Autor nie rozstrzyga pytania, czy powstanie nowotworu tego przyszło do skutku drogą metaplazji czy też dzięki ogniskowi rozprysłemu.

Raschhofer (Wiedeń). *Kiła płodów i popłodu.* Ropnie łożyska przydarzają się tylko w kile i są bardzo rzadkie. Na 50 przypadków kiły stwierdził autor tylko raz jeden taki ropień. Ani razu nie spostrzegał autor sprawy zapalnej w pępowinie wśród 40 gorączkujących przypadków ale nie kiłowych. Natomiast u kiłowych w 40% przypadkach stwierdził sprawę zapalną w pępowinie, Histologicznie zapalenie to polega na powstaniu nacieku w ścianach naczyń i w galarecie Warthona. Sprawa szerzy się od światła naczyń w kierunku galarety.

W *endometrium* względnie w błonach płodowych istniały nacieki w 15-tu przypadkach z pośród 17 z nieżywo urodzonymi płodami. Lecz i z pośród 32 przypadków, w których urodziły się płody żywe, w 25-ciu stwierdził autor nacieki.

Z reguły bywa tak, że kobieta z *endometritis* rodzi dziecko zakażone, a kobieta, która urodzi płód zakażony, dostanie *endometritis.* Materjał autora dowodzi, że są i wyjątki. I tak na 40 przypadków z endometritis 15% dzieci urodziło się zupełnie zdrowych, a w 5,5% przyp. płodów zakażonych nie wystąpiła endometritis.

Właściwym dla kiły a niewyjaśnionym objawem jest często spotykane silne bujanie nabłonka kosmków w brębie błon. Bujanie kosmków jest silniejsze w przypadkach nieżywo urodzonych płodów, lecz przydarza się również u kobiet, które rodzą dzieci żywe.

Kobiety cierpiące na *endometritis* rodzą przeważnie dzieci nieżywe, a chorobliwość w połogu wynosi u nich 82,9%, kobiety bez *endometritis* rodzą daleko częściej dzieci żywe, a chorobliwość w połogu wynosi u nich 33,3%.

Zmiany kiłowe w chrzastce pośredniej *(osteochondritis)* lub inne zmiany kiłowe w organach wewnętrznych stwierdzono 14 razy na 17 nieżywo urodzonych dzieci.

Jeżeli u kobiety zakażonej kiłą w czasie ciąży nie występują objawy kiłowe, to dziecko o 10% mniej narażone na zakażenie aniżeli wówczas, jeżeli objawy kiłowe występują. Na podstawie własnych spostrzeżeń twierdzi autor, że leczenie przeciwkiłowe może naodwrót cierpienia tak dalece odwlec, że płód nie ulegnie zakażeniu. Jeżeli jednak w chwili rozpoczęcia leczenia płód już był zakażony, to leczenie nie wywiera już żadnego wpływu na przebieg zmian kiłowych u niego.

(Liczne dane statystyczne nie nadają się do streszczenia).

K. B. (Lwów).

RUCH W TOWARZYSTWACH LEKARSKICH — ZJAZDY.

Towarzystwo Lekarskie Częstochowskie.

Posiedzenie w dniu 26 marca 1927 r.
Przewodniczy prezes Tow.: kol. Rożkowski.

I. Kol. Batawia pokazał chorą 25-letnią, która przed 2 miesiącami przybyła do Szpitala z objawami podrażnienia opon mózgowych (sztywność karku, Kernig, wymioty). Od tygodnia ciepłota podniesiona 38—40°; w płucach, sercu i narządach jamy brzusznej zmian chorobowych niema. W uchu lewem brak bębenka, jama bębenkowa sucha, wyrostek sutkowy nieco wrażliwy na ucisk, nacieku na nim niema. Stosowano śródżylnie urotropinę, stan chorej nieco poprawił się, i objawy mózgowe ustąpiły. Po tygodniu jednak ciepłota podniosła się do 39° i wyżej, nastąpiły wymioty, dreszcze, żółtaczka; nad wyrostkiem sutkowym — naciek, jama bębenkowa pozostała sucha. Kol. Batawia wykonał wówczas doszczętną operację ucha, obnażając szeroko zatokę poprzeczną; w uchyłku okazał się guz — perlak, w tylnej jamie czaszkowej — ropień zewnątrzoponowy. Po operacji stan chorej nie poprawił się i dlatego po 10 dniach wykonano operację powtórną. Nakłucie zatoki poprzecznej dało wynik ujemny, zatokę otwarto aż do kolana górnego, usuwając z niej liczne odbarwione zakrzepy; następnie obnażona została pozioma część zatoki powyżej kolana w kierunku *Torcularis Herophilii* na przestrzeni 4 cm i przecięta aż do miejsca, skąd wytrysła krew strumieniem. Ku dołowi zatoka otworzona aż do opuszki, gdzie natrafiono na twardy zakrzep. Żyły jarzmowej nie podwiązano. Nazajutrz po operacji ciepłota spadła do normy, i chora szybko zaczęła się poprawiać. Obecnie widoczne są dwie blizny za uchem: jedna podłużna, druga pozioma i mała rana, pokryta ziarniną (streszczenie własne).

Kol. Frenkenberg pokazał i omówił przypadek *zespołu wzgórkowego (syndrome thalamique).* Chora lat 18 przechodziła przed 2 laty chorobę ostrą z gorączką, podobno dur brzuszny, w 3 tygodniu choroby wystąpiło porażenie połowicze prawostronne, wkrótce w porażonych kończynach — ruchy mimowolne a niebawem i silne bóle. Objawy te z pewnemi wahaniami trwają nadal. Dominujące obecnie objawy można ująć w 3 grupy: 1) niedowład połowiczy prawostronny i niedowład prawego doln. nerwu twarzowego, język zbacza na prawo, brak ruchów dowolnych dłoni, stopy i palców, odruch Babińskiego dodatni;

2) ruchy mimowolne kończyn po stronie prawej: w czasie spokoju nadmierne wyprostowanie lub zginanie dłoni i stopy, nadmierne zginanie, rzadziej wyprostowanie palców dłoni, ruchy te przypominają atetotyczne, wzmożone napięcie mięśni prostowników przedramienia i podudzia, ustępujące same po pewnym czasie; podczas chodzenia odwiedzenie wyprostowanej i skręconej na zewnątrz kończ. górn. pr. z towarzyszącemi ruchami dłoni i palców. Chód przypomina spastyczny; 3) objawy czuciowe: a) podmiotowe — stałe swędzenie lub mrowienie kończyn praw., co 10—14 dni gwałtowne, szarpiące bóle; obejmują całą praw. połowę ciała, nie dające się opanować żadnemi środkami, b) przedmiotowo — przeczulica na ból, ciepło, zimno; osłabienie czucia stereognostycznego.

Podkreślić należy również znaczne osłabienie ruchu konwergencji obu oczu. Odczyn Wassermanna we krwi ujemny. Opisane objawy tworzą tak zw .zespół wzgórkowy *(syndrome thalamique),* wywołany ogniskiem w torebce wewnętrznej, *thalamus opticus* oraz *nucleus lenticularis.* Etjologja w danym przypadku prawdopodobnie *encephalitis epidemica* (streszczenie własne).

W dyskusji kol. Rożkowski zaznacza trudność rozpoznania w tym przypadku; sądzi, że zmiany w samej tylko torebce wewnętrznej nie dałyby wszystkich objawów; rozpoznanie *encephalitis lethargica* ze zmianami *in thalamo optico* uważa za najbardziej słuszne.

III. Kol. Frenkenberg wygłosił odczyt: *„O bólach kauzalgicznych“.*

Prelegent omówił znaczenie terminu kauzalgja — bóle piekące, patogenezę sprawy, objawy i przebieg, uwydatniając szczegółowo punkty sporne w pojmowaniu tej choroby. Niezwykły charakter bólu, niedającego się opanować żadnemi środkami przeciwbólowemi i nasennemi, swoisty stan psychiczny, powodujący, że najlżejszy bodziec zewnętrzny wywołuje gwałtowny napad bólu, zmiany naczynio-ruchowe, potowydzielnicze oraz troficzne towarzyszące kauzalgji zrodziły hipotezę, że kauzalgja jest bólem pochodzenia współczulnego — sympathalgja. Hipotezę tę potwierdzają: dodatni wynik sympatektomji oraz przeciwbólowe działanie pilokarpiny i ergotaminy. Jednak koncepcja ta ma przeciwników. Autorowie niemieccy nie wyodrębniają kauzalgji z pośród innych nerwobólów pourazowych, z autorów francuskich występuje przeciw współczulnemu pochodzeniu kauzalgji André Thomas. Uważa on kauzalgję za zespół złożony, w którym obok objawów podrażnienia włókien współczulnych istnieją objawy porażenia: stan psychiczny w kauzalgji nie koniecznie musi być pochodzenia współczulnego: istnienie zaś włókien współczulnych czuciowych uważa za niedowiedzione, hipotetyczne. Ból kauzalgiczny jest podług Thomas'a skutkiem podrażnienia włókien protopatycznych, przebiegających w pniu nerwowym — lub wzdłuż ścian naczyniowych tuż obok włókien współczulnych, stąd też kombinacja objawów bólu „protopatycznego“ z objawami ze strony układu współczulnego.

Wyżej zaznaczone pojmowanie sprawy stanowi podstawę współczesnego leczenia kauzalgji — Leriche wprowadził operację wycięcia splotów współczulnych okołonaczyniowych. Ponieważ operacja ta stosowana *larga manu* w wielu przypadkach zawodzi, zrozumiano, że nie wszystkie nerwobóle pourazowe mają jednakowe tło. Mackiewicz uznawał za prawdziwą kauzalgję jedynie te przypadki, gdzie wstrzyknięta pilokarpina łagodziła ból, adrenalina — pogarszała stan. Tylko te przypdki skierowywał on do sympatektomji. Prof. Orzechowski stosuje pilokarpinę aż do ustąpienia bólów w postaci czystej lub z ezeryną; gdy pilokarpina przestaje działać zaleca ergotaminę (przetwór gynergen); o ile oba te środki zawodzą, kieruje chorych do sympatektomji. Sicard stosował, jako

środek ostateczny, przecięcie korzonków tylnych od C_5 do D_1 *(radicotomie, postérieure élargie).*

Dyskusja. Kol. Rożkowski nie zgadza się z twierdzeniem prelegenta, że zasadniczo ból jest funkcją układu mózgowordzeniowego (zwierzęcego). Z tego stanowiska wyjaśnić trudno ból narządów wewnętrznych, które mają unerwienie z układu współczulnego i parasympatycznego. Mówca podziela raczej poglądy Strümpella i Higiera, że dawny pewnik o przynależności bólu do układu mózgowordzeniowego niema bezwzględnie ścisłej fizjologicznej podstawy. Sprawa nie jest ostatecznie wyjaśniona, ale wiele faktów przemawia zatem, że ból zasadniczo jest funkcją tego układu, który ma na celu utrzymanie życia i nie znajduje się w bezpośrednim stosunku ze światem zewnętrznym. W końcu, wbrew twierdzeniu kol. Frenkenberga, nadmienia mówca, że nerwy czuciowe sympatyczne przechodzą do rdzenia przez korzonki tylne. Pogląd Lehmana, że nerwy czuciowe przechodzą wyłącznie przez korzonki przednie, nie jest dowiedziony i ogólnie przyjęty.

Posiedzenie w dniu 23 kwietnia 1927 r.

Przewodniczy prezes Tow.: kol. Rożkowski.

Przewodniczący uczcił przemówieniem zmarłego w dniu 11 kwietnia Dra Edwarda Kohna, honorowego członka Tow. lekarskiego, zaznaczając wysokie uspołecznienie zmarłego oraz świetlaną tradycję b. Szkoły Głównej, której był On wśród nas godnym przedstawicielem. Pamięć Jego uczczono przez powstanie.

I. Kol. Szaniawski pokazał dziecko 3½-let. z obrzękami na tle wadliwego odżywiania (awitaminozy); dziecko było karmione piersią, pochodzi od rodziców zdrowych, ale przebywających w złych warunkach (baraki); przy wstąpieniu do szpitala dziecko miało obrzęki na całem ciele i ważyło 33 funty, w jamie brzusznej była puchlina wodna, stan podgorączkowy; później — biegunka z wypadnięciem *recti,* ostatnio — zapalenie przyusznicy. Prześwietlanie nie wykazało żadnych zmian. Stosowano dietę małosolną, soki owocowe — obrzęki nie ustępowały i waga ciała pozostawała bez zmiany. Wtedy Kol. Szaniawski w myśl poglądów Eppingera zaczął stosować jako środek moczopędny thyreoidynę w dawce 0,025; otrzymał wynik dobry. Dziecko straciło na wadze 6 funtów, ilość chlorków w moczu wynosiła 11 pro mille.

W dyskusji kol. Wasilewski sądzi, że dziecko wymaga dalszej obserwacji w obawie, że obrzęki mogą wrócić.

Prezes Rożkowski omawia znaczenie działalności tarczycy dla czynności nerek; w przypadkach niedomogi tego gruczołu obok znanego obrzęku śluzowatego widujemy stany hiposthenurji z zatrzymaniem w ustroju płynów, w leczeniu takich obrzęków stosować należy przetwory tarczycy. Przypadek kol. Szaniawskiego zasługuje na uwagę.

II. Kol. Rozen odczytał referat: *„O wypadkach śmierci po zastrzyknięciach neosalwarsanu z uwzględnieniem ewent. odpowiedzialności lekarza w takich wypadkach".*

Wyróżniamy 3 postaci chorobowe, które będąc skutkiem zastrzyknięcia salwarsanu, mogą pośrednio lub bezpośrednio spowodować śmierć — mianowicie: zapalenie skóry *(dermatitis),* żółtaczka posalwarsanowa i krwotoczne zapalenie mózgu *(encephalitis haemorrhagica).* Choroby te mogą poprzedzać objawy, znane pod nazwą „zespół objawów naczynioruchowych". O ile zespół ten występuje regularnie po każdem zastrzyknięciu salwarsanu, jest to dowód nietolerancji ustroju wobec tego przetworu.

Z wymienionych 3 chorób najgroźniejszą jest *encephalitis haemorrhagica,* bo najczęściej powoduje śmierć. Cechy anatomo-patologiczne u osób zmarłych na tę postać chorobową są zupełnie swoiste, i pozwalają odróżnić sprawę, spowodowaną salwarsanem, od tejże powstałej z innych powodów, czego niemożna powiedzieć o zmarłych na skutek zapalenia skóry i żółtaczki.

Stwierdzenie typowych przypadków śmierci na skutek salwarsanu opiera się: 1) na objawach klinicznych, które śmierć poprzedziły, 2) na wyniku sekcji zwłok i po 3) na wykazaniu obecności salwarsanu w ciele zmarłych.

Referent omawia dalej szczegółowo 4 przypadki śmierci po zastrzyknięciu salwarsanu, ogłoszone w pismach niemieckich i polskich.

W 2 pierwszych przypadkach stan chorych nie dawał wskazówek grożącego niebezpieczeństwa, i lekarze nie są odpowiedzialni wobec prawa: w pierwszym przypadku sekcja wykazała objawy *encephalitis haemorrhagicae,* śmierć nastąpiła w godzinę po zastrzyknięciu 0.60 neo-salwarsanu w toku 4-ej kuracji; w drugim sekcja wykazała *status thymico-lymphaticus* oraz *arteritis luetica* w mózgu; chory ten zmarł w 4 dni po drugim zastrzyku 0.60 neo-salwarsanu.

W przypadku 3-cim śmierć nastąpiła z winy lekarza: zastrzyknął on chorej 0.40 salwarsanu (606) rozpuszczonego w 15.0 wody, nie dodając ługu sodowego. Skutek był fatalny: w żyle, na miejscu zastrzyku wytworzył się zakrzep, którego cząstki, spowodowały zatory drobnych naczyń płucnych. Śmierć nastąpiła w 6 godzin po zastrzyku wśród objawów zatoru płucnego.

Przypadek 4-ty opisany był przez Dra Maurera w Polskiej Gazecie lekarskiej — chory 23 letni zmarł w 5 godzin po zastrzyknięciu 0.15 neosalwarsanu w toku 3-ciej kuracji. Sekcja wykazała *encephalitis haemorrhagica,* wywołaną silnym odczynem Herxheimera.

Najmniej przypadków śmiertelnych bywa przy stosowaniu neo-salwarsanu, jak wykazują poniższe cyfry statystyczne: salwarsan — 1 przyp. śmiertelny na 13.000 zastrzyków, salwarsan-natrium 1 przyp. śmiertelny na 162.300 zastrzyków. Śmiertelność 1:162.800 przy stosowaniu neosalwarsanu jest spostrzegana przy nieprzekraczaniu dawki 0.60, przy dawkach wyższych śmiertelność dochodzi do cyfry 1 na 3000, czyli staje się 54 razy większą. Wobec tego należy dawkę neo-salwarsanu 0·60 uważać za najwyższą. Poza tem lekarz, stosując przetwory salwarsanowe, winien stosowć się ściśle do przepisów dołączonych do każdej ampułki tegoż. (Streszczenie własne).

W dyskusji przemawiali koledzy: Frenkenberg, Goldman, mag. Nowak i Rożkowski.

Kol. Frenkenberg zaleca ostrożność w stosowaniu salwarsanu w przypadkach *arteriitidis lueticae;* zaczynać zawsze należy od dawek niskich 0.10—0.15, za najwyższą dawkę uważa 0.45, dawki 0.60 lepiej nie stosować.

Kol. Goldman zapytywał, czy można stosować neosalwarsan w przypadkach *aortitidis lueticae.*

Mag. Nowak ostrzega przed stosowaniem przy zastrzykach salwarsanu wody destylowanej niepewnej.

Prezes Rożkowski zapytywał, czy jest kontrola międzynarodowa produkcji salwarsanu, oraz co się dzieje z salwarsanem, jako ciałem obcem do krwi wprowadzonem.

W odpowiedzi zaznaczył prelegent, że w przypadkach chorej tętnicy głównej wyniki są niepomyślne per se we krwi nie krąży, ulega bowiem rozkładowi.

Sekretarz *K. Łokczewski.*

Łódzkie Towarzystwo Lekarskie.

Protokół posiedzenia z dnia 4 maja 1927 r.

I. Kol. Kryński demonstruje trzy przypadki *sklerodermji (twardziny skóry).*

II. Kol. Mikłaszewski wygłosił odczyt p. t.: *„Akcja szczepień ochronnych i jej wyniki na terenie szkół powszechnych dzielnicy 22-giej m. Łodzi".* (Wydrukowane w Polskiej Gaz. Lek. Nr. 30 i 31, 1927 r.).

W dyskusji zabierał głos kol. Mogilnicki, któren zgadzając się zasadniczo z wysnutemi przez prelegenta wnioskami, ostrzega przed ougólnianiem pojedyńczych faktów i doradza przeprowadzać nadal akcję szczepień ochronnych przeciwpłoniczych w możliwie większym zakresie.

III. Kol. S. Bregman wygłosił odczyt p. t.: *„Szczepienia leczniczo-ochronne przeciwko wściekliźnie. (Lyssa).* Na wstępie referent podaje dane historyczne, tyczące się wścieklizny, jak również jej rozpowszechnienie w poszczególnych krajach. Następnie opisuje przebieg choroby u zwierząt i u ludzi jako też patologo-anatomiczne zmiany ze szczególnem uwzględnieniem ciałek Negriego, które podług najnowszych badań, stanowią twory degeneracyjne pod wpływem jadu specyficznego wścieklizny, a nie formy rozwojowe zarazka.

Z powodu przesączalności, a więc małych rozmiarów, zarazek wścieklizny dotychczas nie został wykryty, obecność jego daje się nietrudno stwierdzić przez szczepienie podoponowe królików bardzo wrażliwych na jad wścieklizny. Po opisaniu zachowania się zarazka i jego toksyny na cały szereg szkodliwych wpływów, referent zaznacza, iż dzięki metodzie Pasteura, polegającej na przeprowadzeniu wścieklizny ulicznej przez kilkadziesiąt królików, otrzymuje się zarazek o maksymalnej zjadliwości, skrócającej okres wylęgania z 16—18 dni do 6—8 dni. Dalsze pasaże nie skracają tej liczby, otrzymany zarazek nosi nazwę stałego: *virus-fixe.* Przy wysuszeniu zjadliwość jego szybko opada i będąc w ten sposób osłabiony, zastrzyknięty kilkakrotnie pod skórę wywołuje odporność czynną u szczepionego. Powyższe odkrycie Pasteura dało podstawę do szczepień leczniczo-ochronnych w okresie wylęgania, który trwa u ludzi od 30 do 60 dni. Metoda klasyczna Pasteura uległa z biegiem czasu wzmocnieniu przez stosowanie do szczepień rdzeni suszonych krócej niż 14 dni. Śmiertelność przy nich nie przewyższała ½%, natomiast u nieszczepionych podług Doeberta wynosi 14.8%. Wprowadzenie surowicy zwierząt uodpornionych okazało się

bezskuteczne u ludzi, jak to wykazały doświadczenia Palmirskiego. Po opisaniu metody Högyesa, polegającej na szczepieniach znacznie rozcieńczonemi rdzeniami królików, zakażonych przez zarazek stały, referent przechodzi do opisu całego szeregu innych metod, dążących przeważnie do konserwowania szczepionek, jakto Calmett'a, Cummingsa, Selers'a i innych a w następstwie do t. zw. karbolizowanych szczepionek. Ostatnie sporządzone podług Sempla lub Mulforda cieszą się obecnie znacznym rozpowszechnieniem, i dogodne są ze względu na możność stosowania ich przez lekarzy prowincjonalnych, gdyż szczepionki pozostają czynne przez szereg miesięcy; zawierają one zarazek ustalony — zabity: wyniki szczepień są lepsze niż przy klasycznej metodzie. Szczepienie trwa 20 dni i zastrzykuje się podskórnie codziennie po 2 cm³ emulsji karbolizowanej. Przechodząc do omawiania ujemnych stron szczepień, referent szczególną uwagę zwraca na t. zw. porażenie poszczepienne i przytacza przypadek kliniczny własny. *Myelitis transversa*, zakończony śmiercią u osobnika lat 52, po stosowaniu szczepionek karbolizowanych. Chory pokąsany został w udo przez wściekłego psa i rozpoczął kuracje na 4 dzień. W tydzień po jej ukończeniu zaczęły się stopniowo rozwijać objawy porażenne, towarzyszyły im wahania ciepłoty 37,5—38,5. W tygodniu po ostatnim szczepieniu obraz *Myelitis transversa* wraz z *incontinenta urinae et alvi* był w pełni, a w 6 tygodni nastąpił zgon przy objawach charłactwa, przyczem sekcja dokonaną nie była. Przypadki porażenia po szczepionkach karbolizowanych dotychczas opisane nie zostały. Przy innych metodach spotykają się one dosyć rzadko, n. p. przy stosowaniu metody klasycznej w 6 na 32000, zaś przy wzmocnionej 16:8000; przy met. Högyesa 1 porażenie na 17000 szczepionych. Co się tyczy teorji tłomaczących powstanie porażeń poszczepiennych, to po przytoczeniu teorji Koch'a uważającej porażenie jako poronną postać wścieklizny i t. zw. intoksykacyjnej teorji Babes'a referent popiera teorję Marve, tłomaczącą porażenia poszczepienne, jako skutek działania cytotoksycznego tkanki nerwowej co zostało dowiedzione przez szczepienie królików normalną tkanką mózgową — i w następstwie potwierdzone przez Koritschonera i Schweinburga, którzy szczepiąc króliki jałowym drzewem — spowodowali u nich porażenie w liczbie 16 na 76 szczepionych.

W dyskusji kol. Gliksman zapytuje prelegenta, czy stwierdza się w płynie mózgowo-rdzeniowym zmiany charakterystyczne dla wścieklizny i czy można zapobiegać wściekliźnie psów przez uodpornianie ich za pomocą szczepień. Kol. Weis zapytuje na czem polega działanie antyseptyczne gliceryny. Kol. From zapytuje czemu nie była dokonana sekcja w omawianym przypadku.

Kol. Bregman w odpowiedzi zaznacza, że w płynie mózgowo-rdzeniowym zmian nie stwierdzono ani w danych z piśmiennictwa ani w przypadku własnym. Szczepienie ochronne można przeprowadzić, lecz muszą być dokonane przed objawami wścieklizny. Gliceryna nie zabija zarazków jest ona doskonałym środkiem konserwującym, przytem niszczy wszelkie przypadkowe bakterje, nie zmniejsza toksyczności szczepionek.

Kol. Załęski zwraca uwagę, że glicerynę używa się również w celu konserwowania szczepionek ospowych: zarazki ospy i wścieklizny są do siebie zbliżone — nie są one bakterjami a pierwotniakami.

Wydzielina z pustuł w glicerynie traci wszelkie inne bakterje. Szczepionki karbolizowane są wielkim postępem w dziedzinie lecznictwa, gdyż mogą być stosowane na miejscu, nie narażając otoczenia chorego na przymusowe wyjazdy do dużych centrów.

LISTY DO REDAKCJI.

Szanowna Redakcjo!

W sprawozdaniu z XI Posiedzenia naukowego Lwowskiego Towarzystwa Lekarskiego z dnia 8 kwietnia 1927 (patrz Polska Gazeta Lekarska 1927 Nr. 48 str. 982) wydrukowano mylnie skracając mój referat — jakobym przy zastarzałych przypadkach stopy szpotawej wrodzonej polecał operację Phelpsa polegającą na przecięciu głębokiem powięzi podeszwowej — jako dającą najlepsze wyniki.

Tymczasem *nigdy ani też we wspomnianem referacie* operacji tej jako operację wyboru nie polecałem. Owszem we wspomnianym referacie podniosłem, że tak operacja Phelpsa jak i wyłuszczenie kości skokowej dają mierne wyniki.

Natomiast na tem posiedzeniu podniosłem z naciskiem, że *najlepsze wyniki w tych przypadkach daje klinowa resekcja kości stępu* (usunięcie główki i szyjki kości skokowej i przedniego wyrostka kości piętowej). Wyniki tej ostatniej operacji demonstrowałem na szeregu fotografji chorych przed i po operacji.

Ponieważ podobnie przekręcone skrócone autoreferaty z moich przemówień na Posiedz. Tow. lek. pojawiły się w ostatnich czasach już kilkakrotnie, przeto proszę o zwrócenie na to uwagi Komisji Redakcyjnej z prośbą, ażeby się starała przy przerabianiach lub skróceniach referatów przynajmniej oddawać intencję mówcy.

Upraszam tych kilka uwag moich umieścić na łamach Polskiej Gazety lekarskiej w najbliższym numerze.

Lwów, dnia 9 grudnia 1927.

Prof. Dr. R. Baracz.

Uwaga redakcji.

Zakwestjonowane przez Prof. Dr. R. Baracza sprawozdanie z XI posiedzenia Lwowskiego Tow. lek. zostało ogłoszone dosłownie według rękopisu dostarczonego przez Prezydjum Towarzystwa.

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

Warszawa.

W Siedzibie Stowarzyszenia Lekarzy Polskich (Widok 23, godz. 20½) odbędą się w styczniu r. b. dwa odczyty wraz z dyskusją. 13 Stycznia. Piątek. Prof. K. Stołyhwo: Typy konstytucyjne i typy rasowe. 27 Stycznia. Piątek. Prof. A. Makowski: Użyteczne źródła energji i ich przyszłość (ze szczególnem uwzględnieniem polskich).

Lwów.

Komunikat. II Zjazd Mikrobiologów i Epidemjologów Polskich odbędzie się we Lwowie dnia 28 i 29 maja 1928, t. j. w czasie Zielonych Świąt, bezpośrednio po Zjeździe Higjenistów. W program Zjazdu wchodzą następujące referaty główne: 1) Serologja konstytucyjna — L. Hrschfeld (Warszawa). 2) Cykliczność w chorobach zakaźnych — S. Adamowiczowa (Warszawa). — 3) Patogeneza i immunologja kiły — Z. Steusing (Lwów) i Nowoczesna chemoterapja kiły — T. Dyboski (Kraków). 4) Przygotowanie lekarza do akcji profilaktycznej przy chorobach zakaźnych — Z. Szymanowski (Warszawa). Wszelkich bliższych informacji zjazdowych udziela generalny sekretarz Zjazdu Dr. Stanisław Legeżyński Lwów, Kochanowskiego 63.

Z kraju.

Kalendarz Zjazdów lekarskich.

III Ogólny polski Zjazd przeciwgruźliczy w Poznaniu w r. 1928.

II Zjazd Związku lekarzy słowiańskich w Pradze — 26, 27 28 maja 1928.

I Międzynarodowy Kongres oto-rhino-laryngologów w Kopenhadze 29, 30, 31 lipca i 1 sierpnia 1928.

Międzynarodowy Kongres opieki nad dzieckiem w Paryżu 2, 3, 4 i 5 lipca 1928.

III Zjazd okulistów polskich w Poznaniu 27, 28 i 29 kwietnia 1928 r.

II Zjazd mikrobiologów i epidemiologów we Lwowie 28 i 29 maja 1928.

VI Międzynarodowy Kongres przeciwgruźliczy w Rzymie 25, 26 i 27 września 1928.

VII Zjazd higjenistów polskich we Lwowie 26 i 27 maja 1928.

Międzynarodowy Kongres radjologji w Sztokholmie od 23 do 27 lipca 1928.

III Polski Zjazd stomatologów w Krakowie podczas Zielonych Świąt 1928.

XXIV Zjazd chirurgów polskich w Krakowie 12, 13 i 14 kwietnia 1928.

VIII Zjazd psychjatrów polskich podczas Zielonych Świąt 1928 r.

VIII Polski Kongres przeciwalkoholowy w Lublinie 1928 r.

Redakcja otrzymała:

St. Konopka: „Polska bibljografja lekarska za rok 1926—1927", jako pierwsza część „Warszawskiego Kalendarza lekarskiego na rok 1928" — Warszawa 1928.

H. Vignes i B. Jean: L'anné obstétricale, traveux de 1925 et questions obstétricales d'actualité. Masson et Cie. Paris 1927.

Gaston Cotte: „Troubles fonctionnels de l'appereil génital de la femme". Masson et Cie. Paris 1928.

Ze świata.

Skon prof. Danysza. Z Paryża donosza, że onegdaj zmarł nagle wybitny biolog i bakterjolog prof. Jan Danysz, kierownik oddziału instytutu Pasteura, zamieszkały w Paryżu od 40 lat. Zajmował On wybitne stanowisko we francuskim świecie naukowym, był autorem licznych prac z zakresu biologji. W roku bieżącym rząd polski odznaczył prof. Danysza krzyżem komandorskim Polonia Restituta.